



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

**ESTUDO DA FADIGA POR COMPAIXÃO NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL:
TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ESCALA “PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE 5”**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa - Porto para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

Por Pedro Rodrigues Cortês Carvalho

Sob Orientação de Professor Doutor Luís Octávio de Sá

Dezembro de 2011

RESUMO

Os profissionais dos cuidados paliativos estão expostos, na sua prática diária, a elementos stressantes resultantes da sua actividade e que podem emergir quer da relação com os doentes, quer da relação com aspectos estruturais da sua actividade. Quando cuidam de doentes em sofrimento, poderão estar expostos a uma forma de stress secundário que, quando prolongado, conduz a um estado de exaustão denominado fadiga por compaixão e que pode trazer prejuízos pessoais, profissionais, institucionais e ao nível da qualidade dos cuidados. Verificámos que este é um fenómeno pouco abordado em Portugal e considerámos importante adaptar, para a população portuguesa, um instrumento que permitisse a sua avaliação e monitorização. Com este estudo pretendemos dar resposta à questão: “Existe fadiga por compaixão nos profissionais dos cuidados paliativos em Portugal?”. Apresentamos os resultados do estudo de adaptação cultural e de validade do instrumento “Professional Quality of Life”, versão 5 (ProQOL5) da autoria de Beth Stamm e do estudo da fadiga por compaixão no contexto dos cuidados paliativos.

Para o estudo de adaptação cultural da ProQOL5 reunimos um grupo de peritos em tradução e recorremos aos procedimentos de tradução, retroversão e pré-teste. Para o estudo de teste à sua validade analisámos as propriedades psicométricas da versão adaptada, realizámos um estudo de análise factorial exploratória e um estudo de validade concorrente recorrendo aos resultados da GHQ28. Através de uma amostragem intencional obtivemos uma amostra multidisciplinar composta por 73 profissionais de 9 unidades de cuidados paliativos.

Obtivemos valores de consistência interna semelhantes aos anunciados para a versão original. Os pontos de corte e as relações de associação entre as dimensões da ProQOL5 obtidos também são idênticos entre as versões. A análise factorial exploratória defende a estrutura original de três dimensões proposta por Stamm e, tal como a autora, não verificámos diferenças estatisticamente significativas nos valores de satisfação por compaixão (SC), burnout (BO) e stress traumático secundário (STS) em função da idade, sexo, tempo total de actividade na área da saúde e tempo total de actividade em cuidados paliativos. No estudo de validade concorrente verificámos, tal como esperado, valores de associação positivos entre BO e STS com as dimensões da GHQ28 e negativos entre as últimas e SC. Relativamente ao estudo da fadiga por compaixão verificámos que 67.1% dos participantes apresentou níveis médios a altos de STS incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, assistentes operacionais, um fisioterapeuta e um capelão. Os profissionais que consideram estar expostos 35 ou mais horas por semana ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes apresentam o menor nível médio de SC e os maiores níveis médios de BO e STS, associados ao maior valor de queixas relacionadas com a saúde.

O conjunto de resultados do estudo de validade da ProQOL5 e do estudo da fadiga por compaixão permitem-nos sugerir que a versão adaptada apresenta uma boa validade para a avaliação deste fenómeno em profissionais dos cuidados paliativos e confirma a existência de importantes níveis de fadiga por compaixão neste contexto.

ABSTRACT

The palliative health care providers, in the daily practice are often exposed to stressors that result from their activity, and that emerge from their relationship with the patient or from structural job aspects. While caring the traumatized or suffering patients, the burden of that stress is inevitably greater raising the risk for an exhaustion state called compassion fatigue, which might bring personal, professional, institutional and quality care prejudices. We recognize that this is a less known phenomenon in Portugal and we consider being important to culturally adapt, for the Portuguese population, a tool that allows its evaluation and monitoring. With this study we wish to answer the question: "Is there compassion fatigue among Portuguese palliative care providers?". We present the results from the cultural adaptation and validity study for the Beth Stamm's "Professional Quality of Life" Scale, version 5 (ProQOL5) and from compassion fatigue's study in the context of palliative care.

For the ProQOL5's cultural adaptation study we gathered a group of experts in translation and used the forward translation, back translation and pre-test procedures. For the validity study we have analyzed the adapted version's psychometric properties, employed an exploratory factorial analysis and a study of concurrent validity using the scores of the GHQ28. We have obtained a multidisciplinary sample composed by 73 caregivers from 9 palliative care settings employing an intentional sampling.

We have obtained similar internal consistency values to those in the original version. The obtained cut points and correlation relations between the ProQOL5 dimensions are also similar between those versions. The exploratory factorial analysis supports Stamm's original structure for 3 dimensions, and as her, we haven't found statistical differences for compassion satisfaction (CS), burnout (BO) e secondary traumatic stress (STS) scores depending on age, gender, total time of practice in health care and total time of practice in palliative care. We verified, as expected in the concurrent validity, positive correlations between BO and STS with GHQ28 dimensions, and a negative correlation between the last ones and CS. In the compassion fatigue's study, we found that 67.1% of the participants presented moderate to high levels of Compassion Fatigue, including doctors, nurses, social workers, nursing auxiliaries, one physiotherapist and one chaplain. We found that those caregivers that perceive to be exposed 35 or more hours to patient's suffering/traumatic experiences present higher scores for BO and STS, in relation to those who consider to be less exposed, associated to low health related complaints.

The set of results obtained from the validity and compassion fatigue studies allows us to suggest that the Portuguese adapted version of ProQOL5 offers a good validity for the evaluation of the phenomenon on palliative health caregivers and confirm the presence of relevant levels of compassion fatigue in that context.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luís Octávio de Sá, orientador desta dissertação, pela disponibilidade, pelos ensinamentos, incentivo e motivação.

Ao Professor Doutor José Manuel Nascimento Costa, Director do Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. e a todos os profissionais desse serviço que colaboraram e possibilitaram a realização do pré-teste da versão portuguesa da ProQOL5.

A todos os coordenadores das unidades de cuidados paliativos que possibilitaram e colaboraram na recolha de dados e a todos os profissionais de saúde que participaram neste estudo.

Aos meus pais, José Carvalho e Lídia Carvalho, pelas oportunidades académicas que sempre me proporcionaram, especialmente à minha mãe, pelo seu empenho e dedicação na minha educação e formação.

À Ana Luísa Cristino Varela Geraldo, pelo tempo que não estive presente e pela década de felicidade.

LISTA DE ABREVIATURAS

AI	Ansiedade e Insónia
APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
BO	Burnout
CP	Cuidados Paliativos
DG	Depressão Grave
DS	Disfunção Social
FC	Fadiga por Compaixão
GHQ28	Questionário de Saúde Geral de 28 itens
IPOFG	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil
ProQOL	Escala de Qualidade de Vida Profissional
ProQOL5	Escala de Qualidade de Vida Profissional, versão 5
PTSD	Abreviatura do equivalente inglês de Perturbação de Stress Pós Traumático
SC	Satisfação por Compaixão
SS	Sintomas Somáticos
STS	Stress Traumático Secundário
STSD	Abreviatura do equivalente inglês de Perturbação Secundária de Stress Traumático

ÍNDICE

RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	v
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE QUADROS	xiii
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
CAPÍTULO 1 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	4
CAPÍTULO 2 - FADIGA POR COMPAIXÃO.....	7
2.1 Definições	7
2.2 Modelo de transmissão de trauma.....	8
2.3 Sintomas	9
CAPÍTULO 3 - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL	15
3.1 Conceitos	15
3.2 Propriedades.....	16
PARTE II - METODOLOGIA.....	17
CAPÍTULO 4 - DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS	18
4.1 Objectivos e questão de investigação.....	18
4.2 Variáveis em estudo	19
CAPÍTULO 5 - ESTUDO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DA PROQOL5	21
5.1 Preparação	21
5.2 Tradução, retroversão e revisão da retroversão.....	21
5.3 Pré-teste	22
5.4 Finalização	23
CAPÍTULO 6 - ESTUDO DA FADIGA POR COMPAIXÃO NOS CUIDADOS PALIATIVOS ..	24
6.1 População e amostra.....	24
6.2 Procedimento de recolha dos dados	24
6.3 Aspectos éticos do estudo	25

6.4	Instrumento de recolha de dados	25
6.5	Análise dos dados	27
PARTE III - RESULTADOS.....		29
CAPÍTULO 7 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....		30
CAPÍTULO 8 - RESULTADOS DO ESTUDO DE VALIDADE DA PROQOL5		32
8.1	Estudo das propriedades psicométricas da GHQ28	32
8.2	Estudo das propriedades psicométricas da ProQOL5.....	33
8.3	Análise factorial.....	35
8.4	Validade concorrente	37
CAPÍTULO 9 - RESULTADOS DO ESTUDO DA FADIGA POR COMPAIXÃO		38
9.1	Valores globais	38
9.2	Análise segundo as variáveis independentes	40
CAPÍTULO 10 - SÍNTESE DOS RESULTADOS.....		47
PARTE IV - DISCUSSÃO		49
CAPÍTULO 11 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		50
11.1	Considerações sobre o processo de adaptação cultural da ProQOL5.....	50
11.2	Considerações sobre os resultados do estudo de validade da ProQOL5.....	50
11.3	Considerações sobre o estudo da fadiga por compaixão	53
11.4	Considerações finais.....	55
CONCLUSÃO		57
REFERÊNCIAS.....		59
APÊNDICES		

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 - <i>Comparação dos sintomas de PTSD e STSD</i>	10
Figura 2.2 - <i>Perturbações no funcionamento pessoal derivados de STS</i>	12
Figura 2.3 - <i>Perturbações no funcionamento profissional derivados de STS</i>	12

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 7.1 - Quadro de frequências 1	30
Quadro 7.2 - Quadro de frequências 2	31
Quadro 8.1 - Teste de Kolmogorov-Smirnov aos componentes da ProQOL5 e GHQ28.....	32
Quadro 8.2 - Teste de Correlação r de Pearson entre os componentes da ProQOL5.....	33
Quadro 8.3 - Teste t de Student para sexo	34
Quadro 8.4 - Teste t de Student para idade	34
Quadro 8.5 - Teste ANOVA para tempo total de actividade na área da saúde	34
Quadro 8.6 - Teste ANOVA para tempo total de actividade em cuidados paliativos.....	34
Quadro 8.7 - Pontos de corte da ProQOL5.....	35
Quadro 8.8 - Cargas factoriais dos itens ProQOL5.....	36
Quadro 8.9 - Resultado de variância dos componentes extraídos para a ProQOL5.....	36
Quadro 8.10 - Valores de correlação r de Pearson entre ProQOL5 e GHQ28.....	37
Quadro 8.11 - Valores de correlação r de Spearman entre ProQOL5 e GHQ28	37
Quadro 9.1 - Frequências de SC, BO e STS.....	38
Quadro 9.2 - Frequências de STS nível alto em função de SC e BO.....	39
Quadro 9.3 - Frequências de STS nível alto em função das variáveis independentes	39
Quadro 9.4 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por unidade de cuidados paliativos	40
Quadro 9.5 - Teste ANOVA para unidade de cuidados paliativos.....	41
Quadro 9.6 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por sexo	41
Quadro 9.7 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por estado civil	42
Quadro 9.8 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por grupo profissional.....	43
Quadro 9.9 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por tempo total de actividade na área da saúde .	43
Quadro 9.10 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por tempo total de actividade em cuidados paliativos	44
Quadro 9.11 - Teste t de Student para carga laboral	44
Quadro 9.12 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por tempo de exposição ao sofrimento	45
Quadro 9.13 - Teste t de Student para tempo de exposição ao sofrimento/experiências traumáticas	45
Quadro 9.14 - Frequências de resposta ao stress da relação com doentes em sofrimento.....	46
Quadro 9.15 - Valores de correlação r de Pearson entre ProQOL5 e stress da relação com doentes em sofrimento.....	46
Quadro 11.1 - Valores de α de Cronbach entre versões da ProQOL5	51
Quadro 11.2 - Valores de associação de SC com BO e STS entre versões da ProQOL5.....	51
Quadro 11.3 - Valores de associação de BO com STS entre versões da ProQOL5.....	52
Quadro 11.4 - Pontos de corte entre versões da ProQOL5	52
Quadro 11.5 - Tipos de relação entre valores de ProQOL5 e GHQ28.....	52

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento económico e a ebulição tecnológica obrigam a constantes mudanças, adaptações e actualizações na sociedade. Na área da saúde o aumento da esperança média de vida, resultante dos avanços médico-científicos, fez-se acompanhar pelo aumento do tempo de vida, pela maior prevalência de doenças crónicas e debilitantes e pelo acrescentar de anos à vida muitas vezes pobres em qualidade e dignidade. Deste panorama nasceram questões éticas e legais que obrigaram a sociedade a questionar sobre a necessidade de mudança no paradigma dos cuidados. No paradigma actual são os profissionais dos cuidados paliativos que mais procuram assegurar a minimização do sofrimento, o conforto e a qualidade de vida às pessoas com doença prolongada, incurável e progressiva, desde o diagnóstico da sua doença até ao momento da sua morte. A actividade e a satisfação dos profissionais dos cuidados paliativos assentam em pressupostos de compaixão e preocupação empática que, sendo essenciais na relação de ajuda com os doentes, podem ao mesmo tempo facilitar a sua exposição a determinados factores stressantes.

Os profissionais dos cuidados paliativos estão expostos ao sofrimento, à dor, ao pesar, à morte, ao luto e ao mundo traumático dos doentes e dos seus familiares. Desta exposição podem emergir stressantes que fogem ao seu controlo consciente. A exposição prolongada a estes stressantes pode conduzir a um estado de exaustão denominado fadiga por compaixão. Este estado disfuncional impede estes profissionais de desempenhar eficazmente a sua actividade e, a menos que eles recebam ajuda, não só o seu desempenho profissional estará em risco como também aspectos da vida pessoal, familiar e das próprias instituições. Apesar da sua relevância, comparando-a com outros fenómenos de stress ocupacional, a fadiga por compaixão é um fenómeno mundialmente menos estudado e difundido. Conhecendo a sua importância na qualidade de vida dos profissionais e instituições, sentimos a necessidade de realizar um estudo de adaptação e de validação, para a população portuguesa, de uma ferramenta que ajudasse na identificação e avaliação individual ou grupal do fenómeno, possibilitando a sua monitorização e gestão.

Este documento representa o relatório de todo o processo de investigação desenvolvido, no âmbito do curso de mestrado em cuidados paliativos, para levar a cabo os estudos de adaptação cultural e de teste à validade do instrumento de medida “Professional Quality of Life”, versão 5 da autoria de Beth Stamm e também o consequente estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal. O documento está estruturado em quatro partes principais: a primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico do estudo, onde fundamentamos a importância da fadiga por compaixão nas profissões de ajuda, o modo de transmissão do trauma secundário e enumeramos os possíveis prejuízos pessoais, profissionais e institucionais resultantes da exposição ao stress traumático secundário.

Também nesta parte justificamos o porquê da escolha da ProQOL5 para o estudo de adaptação cultural enunciando também os seus conceitos, definições e propriedades; a segunda parte diz respeito ao enquadramento metodológico do estudo, onde justificamos a sua realização, e enumeramos os seus objectivos. Nesta parte estão descritas as opções metodológicas que tomámos relativamente à consecução deste estudo, desde a descrição das variáveis independentes à explicação dos procedimentos definidos e instrumentos seleccionados para os estudos de adaptação cultural e de teste à validade da ProQOL5 e estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos; a terceira parte diz respeito à apresentação dos resultados relativos ao tratamento dos dados obtidos a partir de uma amostra constituída por 73 profissionais de 9 unidades de cuidados paliativos, dando assim resposta aos objectivos delineados. Nesta parte realizamos uma pequena caracterização sociodemográfica e apresentamos os resultados relativos ao estudo de validade da versão portuguesa da ProQOL5 e do consequente estudo da fadiga por compaixão no contexto dos cuidados paliativos em Portugal; a quarta e última parte deste documento, a discussão, diz respeito à análise dos resultados do processo de adaptação cultural da ProQOL5, e dos resultados do estudo de teste à sua validade no contexto dos cuidados paliativos e do estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos, integrando as dificuldades encontradas ao longo do processo e revelando também as limitações do estudo.

Esperamos que este estudo contribua para um melhor conhecimento sobre a fadiga por compaixão no seio dos profissionais de saúde, e que associado a estudos vindouros, permita perceber a real dimensão do fenómeno em Portugal, quer no contexto dos cuidados paliativos, quer noutros contextos e que possibilite a definição de estratégias e acções que visem minimizar o seu impacto ao nível pessoal, profissional e institucional. Esperamos que este projecto contribua para a melhoria da qualidade de vida profissional nas equipas de cuidados paliativos, da qualidade dos cuidados, dos serviços oferecidos e do suporte institucional prestado a estes profissionais que muitas vezes sofrem por ajudar quem sofre. Espero que este estudo contribua também para que mais profissionais se sintam felizes em ajudar, realizados com a sua actividade e para que as pessoas possam acreditar e confiar cada vez mais na perspectiva do cuidar defendida pelos Cuidados Paliativos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta parte do trabalho justificamos a realização do nosso estudo e realizamos uma fundamentação teórica do fenómeno da fadiga por compaixão em profissionais de saúde. Contextualizamos o estudo e explicamos o modelo teórico da fadiga por compaixão proposto em 1995 por Charles Figley, considerado o autor de referência nesta matéria. Abordamos também os conceitos de stress traumático secundário, satisfação por compaixão e fadiga por compaixão, propostos por Beth Stamm e que estão na base da criação e desenvolvimento da Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL) instrumento cuja versão 5 foi alvo de adaptação cultural e de validação no contexto dos cuidados paliativos.

O desenvolvimento das ciências médicas e o controlo dos factores de morbilidade e mortalidade têm vindo a proporcionar o aumento da esperança média de vida das populações. Em Portugal a esperança média de vida à nascença em 2008 era de 79 anos, mais cerca de 4 anos que em 1995 (Direcção Geral de Saúde 2008). Apesar dos avanços tecnológicos e terapêuticos e da possibilidade de curar e controlar certas doenças, este aumento nem sempre se traduz em qualidade durante os últimos anos de vida. Verificamos um aumento da cronicidade das doenças, das co-morbilidades associadas e um prolongamento do tempo de vida que acarreta, para muitos, uma etapa final penosa e sofrida. Este contexto tem obrigado as sociedades e organizações a redefinir prioridades em saúde e a adequar os paradigmas dos cuidados. Nesta medida, os cuidados paliativos constituem, tal como proposto no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (Direcção Geral de Saúde 2005), uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente as pessoas na fase final das suas vidas. Estando recomendada uma abordagem de cariz interdisciplinar e oficializada através de uma rede de instituições de prestação de cuidados mais ou menos especializadas (European Association for Palliative Care 2009), são muitos os profissionais das unidades de cuidados paliativos que acompanham e cuidam de pessoas nos seus últimos anos de vida, quer seja na comunidade, em hospitais ou noutras instituições (Jamieson, et al. 2010).

A par do desenvolvimento médico tem-se verificado, na área da saúde, um aumento significativo do nível de exigência profissional em diferentes áreas de competência do cuidar. Este aumento na exigência profissional associado a recursos progressivamente menos abundantes resultantes de políticas de contenção económica e financeira, quer para a sociedade, quer para as instituições de saúde leva a que os profissionais de saúde, no decorrer da sua actividade, estejam expostos a contextos de trabalho cada vez mais exigentes e mais frequentemente sujeitos a factores de stress derivados da sua actividade. Segundo a Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho os profissionais da área da saúde são, a par dos profissionais da área da educação, aqueles que mais se expõem a factores de stress derivados da sua actividade (European Agency for Safety and Health at Work 2009). Os factores de risco psicossociais típicos na área da saúde resultam de: elevadas expectativas combinadas com qualificações insuficientes, confrontação com eventos de dor e com a morte, contextos de emergência, exposição a eventos traumáticos, queixas e processos litigiosos. Estes profissionais estão expostos a cenários de sofrimento físico, psicológico e espiritual dos doentes e ainda ao desespero dos seus familiares (Jamieson, et al. 2010).

Uma das reacções da elevada exposição ao stress psicossocial no trabalho é, por exemplo, o abuso de substâncias tóxicas como o álcool e drogas, mais notória naqueles profissionais que estão constantemente expostos ao sofrimento de doentes terminais ou em agonia (European Agency for Safety and Health at Work 2009). Outra reacção continua a ser o

elevado absentismo profissional acompanhado por baixos níveis de produtividade e altas taxas de rotação de pessoal. Jamieson, et al. (2010) alerta que estes profissionais, repletos de compaixão e altruísmo, abertos às experiências de dor e sofrimento, podem ver a sua saúde mental prejudicada e vulnerabilizada. Esta vulnerabilidade, resultante da exposição aos factores de stress no trabalho, transforma-se comumente em estados de exaustão que conduzem a prejuízos quer na vida pessoal, profissional, familiar, social e económica dos profissionais, quer nos domínios das instituições de saúde.

O estado de exaustão profissional mais conhecido e estudado individualmente é o burnout. Este estado deriva de reacções ao stress resultantes do contexto estrutural e organizacional do trabalho como conflitos interpares e interdisciplinares, sentimentos de pressão temporal e hierárquica ou demanda superior aos recursos existentes, pessoais ou institucionais. No entanto, existem também stressantes que derivam da relação directa com os doentes e que alguns autores, como Florio (2010), consideram ter um impacto tão importante e significativo quanto o burnout na vida destes profissionais de saúde.

No âmbito da formação académica em cuidados paliativos realizámos uma pesquisa bibliográfica incidente nas áreas da saúde ocupacional e satisfação profissional e considerámos importante estudar-se a fadiga por compaixão, fenómeno de exaustão emergente da proximidade com o material traumático do doente em sofrimento. A fadiga por compaixão é um fenómeno pouco conhecido e difundido em relação a outros tipos de traumatização secundária, havendo também alguma confusão na individualização, definição e distinção de todos estes fenómenos. A nível mundial este tema tem sido menos analisado em contextos de saúde e mais trabalhado em contextos de catástrofe e trauma psicológico relacionado com a guerra, como se verificou nos Estados Unidos da América, relativamente ao 11 de Setembro e em famílias de ex-combatentes da guerra do Vietname. Existem, no entanto, estudos que exploram a fadiga por compaixão em profissionais de saúde, muito direccionados para os enfermeiros. Num estudo comparativo estudando os fenómenos da fadiga por compaixão, satisfação por compaixão e burnout entre enfermeiros dos serviços de emergência, nefrologia, cuidados intensivos e oncologia, Hooper, et al. (2010) observou que os enfermeiros que trabalham nas unidades de oncologia eram aqueles que apresentavam os níveis de fadiga por compaixão mais elevados. Também Potter, et al. (2010) parece confirmar esta tendência para a existência de níveis relevantes em enfermeiros de oncologia tendo identificado, num estudo transversal, importantes indicadores de prevalência de fadiga por compaixão e burnout. Beck (2010), numa revisão bibliográfica a sete estudos sobre fadiga por compaixão em enfermeiros de serviços de enfermagem forense, emergência, pediatria, oncologia e cuidados paliativos, concluiu que a fadiga por compaixão era um estado de exaustão comumente experienciado por aqueles profissionais e que os níveis mais elevados estavam associados aos enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos. Nesse estudo realizado com enfermeiros dos cuidados paliativos Abendroth e Flannery (2006) verificaram, recorrendo à versão 3 da ProQOL, que 78% de 216 enfermeiros provenientes de 22 “hospices”, apresentavam níveis médios a altos de fadiga por compaixão, 26% dos quais situavam-se no nível alto.

Pelo conhecimento destes dados, podemos sugerir que este tipo de fenómeno se verifica frequentemente em profissionais e instituições de saúde, especialmente associado a contextos onde existem níveis consideráveis de exposição a eventos de dor, medo e sofrimento, típicos em unidades de oncologia e cuidados paliativos. Como já referimos a maioria destes estudos centrou-se nos profissionais de enfermagem, não tendo sido encontrados na área dos cuidados paliativos, estudos que avaliassem o fenómeno especificamente em outros profissionais. Apesar disso, pelo tipo de factores stressantes que predis põem a estados de fadiga por compaixão e pelo tipo de contexto de trabalho, existe uma clara tendência para aceitar que outros profissionais que trabalham em cuidados paliativos estejam também expostos a este fenómeno. Esta ideia é defendida por Rourke (2007) no seu estudo sobre a fadiga por compaixão numa equipa de cuidados paliativos pediátricos.

Também em Portugal a traumatização secundária é um fenómeno relativamente pouco estudado não tendo sido encontrados nas fontes bibliográficas electrónicas artigos de autores portugueses que se debrucem exclusivamente sobre a problemática da fadiga por compaixão em profissionais de saúde. A maioria dos estudos portugueses na área da traumatização secundária abordam a problemática da perturbação de stress pós-traumático no contexto de famílias dos veteranos da guerra colonial e utilizando na sua maioria uma escala denominada “Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático”, criada para identificar sinais e sintomas daquela perturbação. Encontrámos apenas um estudo português sobre a fadiga por compaixão e que aborda o fenómeno em profissionais das linhas telefónicas de ajuda (Santalha e Coimbra 2009). Os autores deste estudo utilizaram na avaliação deste fenómeno a versão 4 da ProQOL.

Os profissionais de saúde apresentam normalmente importantes níveis de compaixão e por isso estão predispostos a ajudar aqueles que sofrem. Estes profissionais que lidam com as experiências traumáticas e que escutam as histórias de medo, dor e sofrimento dos doentes podem sentir similar medo, dor e sofrimento simplesmente porque se preocupam. Este fenómeno de stress foi sugerido pelo Psicólogo Charles Figley (1995) quando estudou a perturbação de stress pós-traumático em veteranos de guerra. Ele apercebeu-se nos seus estudos que os familiares destes ex-combatentes eram afectados pelas suas experiências traumáticas e que inclusivamente poderiam apresentar sinais e sintomas semelhantes aos vivenciados pelo próprio, fenómeno que ele apelidou de stress traumático secundário (stress por compaixão). Ele chamou à atenção para a possibilidade de uma pessoa ser afectada secundariamente pelas experiências traumáticas de outros significativos. Figley assumiu que o mesmo tipo de mecanismos psicossociais que tornam o trauma contagiante dentro das famílias, que criam um contexto para que um familiar infecte outro com o seu material traumático, pode operar entre pessoas traumatizadas e os seus terapeutas, como acontece entre os doentes e os profissionais de saúde. Este autor deu um novo significado aos conceitos de stress por compaixão e fadiga por compaixão, primeiramente utilizados por Carla Joinson em 1992 quando abordou nos seus estudos o desgaste dos enfermeiros por experiências repetidas em situações de emergência (Figley 1995).

2.1 DEFINIÇÕES

Figley (1995) definiu o stress traumático secundário como os comportamentos e emoções naturais resultantes do conhecimento sobre um acontecimento traumatizante experienciado por um outro significativo – o stress resultante de ajudar ou querer ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento. De acordo com Beaton e Murphy (1995), o STS inclui três componentes operacionais: ter testemunhado ou ter sido confrontado com um ferimento grave ou morte eminente, ou com a ameaça à integridade física do próprio ou de outros; ser provocado por stressantes relacionados com respostas de medo, horror e desamparo; e a exposição directa ou indirecta, curta ou prolongada, a um estressante físico ou mental excepcional.

Fadiga por compaixão (ou perturbação secundária de stress traumático - termo adaptado por Pereira (2003) ao português do termo original Secondary Traumatic Stress Disorder) é definida por Figley (1995) como um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social resultante da exposição prolongada ao stress traumático secundário e a tudo o que ele evoca. Este estado é o culminar da associação de vários factores importantes e

que são: um contínuo sentimento de responsabilidade para com o doente e o seu sofrimento; uma falha no alívio do fardo dessa mesma responsabilidade e incapacidade em diminuir o stress traumático secundário; e a recordação de memórias traumáticas, provocadas por esse stress, geradoras de sintomas característicos da perturbação de stress pós-traumático e de reacções associadas como a depressão e a ansiedade generalizada. Para Figley a fadiga por compaixão será inevitável se, adicionalmente a estes três factores, o profissional de ajuda experimentar excessivas perturbações na sua vida resultantes de doença, alterações no seu estilo de vida, estatuto social ou nas suas responsabilidades pessoais e profissionais.

A fadiga por compaixão pode afectar qualquer profissional que durante a prestação de cuidados esteja a dispensar uma grande quantidade de energia física e emocional (Thompson 2003). Os profissionais que estão em risco de fadiga por compaixão são: profissionais que prestam apoio em situações de emergência e na resposta a crises (polícias, bombeiros, socorristas, entre outros); clínicos que lidam com indivíduos toxicodependentes; assistentes sociais que cuidam de casos de maus tratos a crianças; professores; profissionais das linhas de suicídio; profissionais cuja actividade esteja relacionada com saúde mental (Thompson 2003, Florio 2010); e todos os profissionais que prestem assistência em situações de trauma ou geradoras de grande sofrimento, no momento do evento ou posteriormente, entre eles os profissionais de saúde (Stamm 2010). De acordo com DiGiulio (1995) os profissionais de saúde são especialmente vulneráveis porque: lidam com pessoas que perderam a sua capacidade em lidar com stress; são o próprio produto do seu trabalho; tendem a sentir que podem dar sempre um pouco mais; poderão ter aspectos pessoais não resolvidos semelhantes aos apresentados pelos doentes; poderão ter dificuldade em lidar com eventos de morte e dor, especialmente em crianças; e porque desempenham inúmeros papéis psicologicamente exigentes e conflituosos.

2.2 MODELO DE TRANSMISSÃO DE TRAUMA

Charles Figley (1995) defende que o stress traumático secundário é uma consequência natural do cuidar entre duas pessoas, uma que foi primeiramente traumatizada e que apresenta sinais e sintomas de perturbação de stress pós-traumático e outra que é afectada pelas experiências traumáticas da primeira podendo apresentar semelhantes sinais e sintomas. Segundo o mesmo autor esta transmissão está relacionada com a compaixão e com a preocupação empática de quem ajuda. Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2010), empatia é uma forma de identificação intelectual ou afectiva de um sujeito para com uma pessoa, uma ideia ou uma coisa. A compaixão, a sensibilidade, mas principalmente a empatia são as condições fundamentais numa relação terapêutica. Rothschild (2006) refere que a empatia é um instrumento indispensável no processo de relação entre o profissional de ajuda e seus clientes, pois permite ter a perspectiva do outro e identificar-se com ele, mas que ao mesmo tempo pode trazer prejuízos, pois há aspectos da empatia inconscientes e que fogem ao controlo dos profissionais. Figley (1995) defende que os profissionais mais eficientes,

ou seja, aqueles que têm maior capacidade para sentir e expressar empatia são também os que poderão estar mais vulneráveis ao stress traumático secundário.

Mas como é que o stress traumático primeiramente encontrado numa pessoa pode ser transferido para aqueles que a ajudam? Figley (1995) através de um modelo fundamentado em referências importantes na área do stress traumático, relações interpessoais e burnout, sugere que as pessoas ou os profissionais que ajudam, por ele denominados “ajudantes”, num esforço de gerar um entendimento com a pessoa traumatizada, necessitam de se identificar com ela e com o seu sofrimento. Eles procuram responder para si próprios a algumas questões de forma a mudar o seu comportamento em função do outro: “O que se passou?”, “Porque aconteceu?”, “Porque agi como agi na altura?”, “Porque agi como agi desde então?”, “Se acontecer novamente, vou ser capaz de lidar com isso?”. No entanto, durante este processo de gerar nova informação, os ajudantes experienciam emoções semelhantes às sentidas pelas pessoas traumatizadas, processo designado de contágio emocional. Este processo inclui reacções como imagens visuais, problemas de sono, depressão e outras resultantes da visualização do material traumático do outro, da exposição directa aos sintomas ou da conjugação de ambos. Este modelo sugere que o esgotamento derivado do stress traumático secundário resulta, em parte, da preocupação empática do ajudante, das suas acções para com aquele que sofre, associado a uma incapacidade em encontrar consolo nessas mesmas acções através de mecanismos como a despersonalização, ou de sentir satisfação em aliviar o sofrimento do outro. A vontade de ajudar, ou seja, a preocupação empática juntamente com o contágio emocional formam uma resposta empática que não é mais que o esforço de reduzir o sofrimento daqueles que sofrem. Esta resposta apresenta várias formas conforme o tipo de ajuda e área de cuidar e é objecto de subjectividade por parte do ajudante. O nível de satisfação do ajudante com os seus esforços, ou seja, o sentimento de concretização, e a medida em que o ajudante consegue distanciar-se da corrente miséria da pessoa traumatizada são factores barreira para o nível de exposição ao stress traumático secundário (Figley 1995).

Outros factores que interferem com este stress são: o contexto individual; traços de personalidade; história de sintomatologia psiquiátrica; idade; etnia; apreciação pessoal do stress; contexto organizacional, ocupacional, social e comunitário; características dos eventos traumáticos; e o potencial individual para lidar com as perdas pessoais, injúrias e a morte (Beaton e Murphy 1995).

2.3 SINTOMAS

Como já foi referido a fadiga por compaixão é um estado de exaustão provocado pela exposição prolongada ao stress traumático secundário e pode apresentar sintomas idênticos aos característicos da perturbação de stress pós-traumático (PTSD). A diferenciação de sintomas entre estes dois fenómenos pode ser consultada através da Figura 2.1, retirada de um estudo de Pedras (2009).

Figura 2.1 - Comparação dos sintomas de PTSD e STSD

Sintomas de PTSD	Sintomas de STSD
Critério A: O Acontecimento traumático que provoca sintomas	
Individual	Relações Interpessoais
A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático onde ambas as condições estiveram presentes:	Um ou mais elementos do sistema estiveram expostos a um acontecimento traumático, onde ambas as condições estiveram presentes:
1. A pessoa experienciou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram a ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou a ameaça à integridade física do próprio ou de outros.	1. Todos ou alguns dos estímulos descritos acerca do PTSD, mais a exposição do sistema ao conhecimento do acontecimento, activou uma resposta sistémica no sentido de fornecer ajuda
2. A resposta da pessoa envolveu medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror. Em crianças isto pode ser expresso por comportamento agitado e desorganizado.	2. O sistema é exposto a algumas ou a todas as reacções verificadas no PTSD, que estão associadas às estratégias de coping utilizadas.
Critério B: O acontecimento traumático é persistentemente reexperienciado de um (ou mais) dos seguintes modos:	
1. Lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes acerca do acontecimento (incluem imagens, pensamentos ou percepções). Em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspectos do acontecimento traumático são expressos.	1. Aumento da necessidade de apoio e aumento do conflito devido ao stress provocado pelas lembranças.
2. Sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento. Em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível.	2. Aumento da necessidade de apoio e aumento do conflito devido às dificuldades em dormir.
3. Actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a re-ocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado). Em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático.	3. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio como resposta aos sintomas induzidos pelas memórias traumáticas.
4. Mal-estar psicológico intenso face à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.	4. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio como resposta aos sintomas traumáticos do PTSD quando expostos a estímulos que se assemelhem ao trauma.
5. Reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.	5. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio como resposta à activação fisiológica quando exposto a estímulos que se assemelhem ao trauma.

(continua)

Figura 2.1 (continuação)

Sintomas de PTSD	Sintomas de STSD
Critério C: Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes itens:	
1. Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma.	1. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta aos esforços do traumatizado em evitar as lembranças.
1. Esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que desencadeiem lembranças do trauma.	2. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta aos esforços do traumatizado em evitar as lembranças.
2. Incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma.	3. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta à incapacidade do traumatizado de se lembrar de aspectos importantes relacionados com o trauma.
3. Diminuição significativa do interesse em participar em actividades antes significativas.	4. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta à anestesia emocional do traumatizado perante diversas actividades.
4. Sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros.	5. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta aos sentimentos de distanciamento dos outros.
5. Gama de afectos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros).	6. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta à gama de afectos restringida do traumatizado.
6. Expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um percurso de vida normal).	7. Expectativas encurtadas em relação ao futuro.
Critério D: Sintomas Persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes itens:	
1. Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir	1. Dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir
2. Irritabilidade e acessos de cólera	2. Irritabilidade e acessos de cólera
3. Dificuldades de concentração	3. Dificuldade de concentração
4. Hipervigilância	4. Hipervigilância
5. Resposta de alarme exagerado	5. Resposta de alarme exagerada.
Critério E: Duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C e D) superior a 1 mês.	
Critério F: A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante: evidenciado por aumento dos conflitos familiares, disfunção sexual, comunicação interpessoal pobre, maior dependência, suporte social reduzido, estratégias de coping pobres.	Critério F: A perturbação provoca stress significativo e prejuízo social, ocupacional ou em outras áreas importantes: evidenciado por aumento do conflito no trabalho, faltas ao trabalho, insensibilidade com os clientes, stress prolongado, provocado pelo material traumático, suporte social reduzido e estratégias de coping pobres.

Fonte: Pedras (2009, 24-25)

Yassen (1995), organizou as reacções ao STS em dois grupos: perturbações no funcionamento pessoal e perturbações no funcionamento profissional. Estas reacções podem ser consultadas através das Figuras 2.2 e 2.3, retiradas de um artigo de Yassen (1995).

Figura 2.2 - *Perturbações no funcionamento pessoal derivados de STS*

<u>Cognitive</u>	<u>Emotional</u>	<u>Behavioral</u>	<u>Spiritual</u>	<u>Interpersonal</u>	<u>Physical</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Diminished concentration • Confusion • Spaciness • Loss of meaning • Decreased self-esteem • Preoccupation with trauma • Trauma imagery • Apathy • Rigidity • Disorientation • Whirling thoughts • Thoughts of self-harm or harm toward others • Self-doubt • Perfectionism • Minimization 	<ul style="list-style-type: none"> • Powerlessness • Anxiety • Guilt • Anger/rage • Survivor guilt • Shutdown • Numbness • Fear • Helplessness • Sadness • Depression • Hypersensitivity • Emotional roller coaster • Overwhelmed • Depleted 	<ul style="list-style-type: none"> • Clingy • Impatient • Irritable • Withdrawn • Moody • Regression • Sleep disturbances • Appetite changes • Nightmares • Hypervigilance • Elevated startle response • Use of negative coping (smoking; alcohol or other substance misuse) • Accident proneness • Losing things • Self-harm behaviors 	<ul style="list-style-type: none"> • Questioning the meaning of life • Loss of purpose • Lack of self-satisfaction • Pervasive hopelessness • Ennui • Anger at God • Questioning of prior religious beliefs 	<ul style="list-style-type: none"> • Withdrawn • Decreased interest in intimacy or sex • Mistrust • Isolation from friends • Impact on parenting (protectiveness, concern about aggression) • Projection of anger or blame • Intolerance • Loneliness 	<ul style="list-style-type: none"> • Shock • Sweating • Rapid heartbeat • Breathing difficulties • Somatic reactions • Aches and pains • Dizziness • Impaired immune system

Fonte: Yassen (1995, 184)

Figura 2.3 - *Perturbações no funcionamento profissional derivados de STS*

<u>Performance of Job Tasks</u>	<u>Morale</u>	<u>Interpersonal</u>	<u>Behavioral</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Decrease in quality • Decrease in quantity • Low motivation • Avoidance of job tasks • Increase in mistakes • Setting perfectionist standards • Obsession about details 	<ul style="list-style-type: none"> • Decrease in confidence • Loss of interest • Dissatisfaction • Negative attitude • Apathy • Demoralization • Lack of appreciation • Detachment • Feelings of incompleteness 	<ul style="list-style-type: none"> • Withdrawal from colleagues • Impatience • Decrease in quality of relationship • Poor communication • Subsume own needs • Staff conflicts 	<ul style="list-style-type: none"> • Absenteeism • Exhaustion • Faulty judgment • Irritability • Tardiness • Irresponsibility • Overwork • Frequent job changes

Fonte: Yassen (1995, 191)

Dutton e Rubinstein (1995) por sua vez sugeriram uma outra classificação para as reacções ao STS, organizando-as em 3 grandes categorias:

Indicadores de mal funcionamento ou sofrimento psicológico

Nesta categoria incluem-se: emoções angustiantes como tristeza e pesar, depressão, ansiedade, temor e horror, medo, fúria ou vergonha; imaginação intrusiva do material traumático dos doentes em forma de pesadelos, intrusão e flashbacks de imagens geradas durante e após o contacto com o material traumático dos mesmos; entorpecimento ou evitamento em lembrar ou trabalhar com material traumático do doente, incluindo dissociação; queixas somáticas incluindo dificuldade no sono, cefaleias, males gastrointestinais e palpitações; comportamentos compulsivos ou aditivos incluindo abuso de substâncias, viciação no trabalho “workaholism” e consumo compulsivo de alimentos; estimulação psicológica; e prejuízo no funcionamento normal social e nos papéis tais como falta ou cancelamento de compromissos, morosidade crónica, diminuição nos critérios de qualidade e supervisão, diminuição no empenho no autocuidado incluindo adesão a terapias, e sentimentos de isolamento, alienação ou baixa auto-estima.

Alterações cognitivas

Nesta categoria incluem-se: alterações nas crenças, expectativas e pressupostos individuais; alterações nas dimensões de confiança, segurança, poder, independência, estima e intimidade; trivialização das experiências dos outros; sentimentos de culpa em relação aos clientes; vitimização e racionalização.

Perturbações relacionais

Os profissionais expostos ao stress traumático secundário podem deparar-se com alterações quer nos seus relacionamentos pessoais quer nos profissionais e terapêuticos: as relações pessoais podem ser afectadas devido a um aumento dos níveis de stress e tensão, por problemas relacionados com as relações de confiança ou intimidade ou por distanciamento em relação à família e amigos; as relações profissionais podem ser afectadas pelo isolamento emocional e distanciamento em relação aos colegas; as relações terapêuticas podem ser afectadas por fenómenos de identificação e/ou distanciamento nas formas física e emocional.

Tomando consciência destas reacções, podemos constatar que um estado de exaustão derivado da exposição ao stress traumático secundário poderá provocar um impacto negativo importante, quer a nível pessoal e profissional, quer no funcionamento das instituições. Segundo McHolm (2006), quando surge a fadiga por compaixão, o profissional experiencia um

grande sofrimento emocional e um importante declínio na sua performance profissional e eficiência, associado a um maior risco de aparecimento do erro e dependendo da severidade e duração da situação de exaustão poderá experienciar também prejuízos na sua saúde física. De acordo com Florio (2010), a menos que o indivíduo afectado identifique o problema e receba ajuda, verá também a sua funcionalidade pessoal, familiar e financeira afectada. O funcionamento das instituições poderá também ser afectado pelo aumento do absentismo derivado a questões relacionadas com a ansiedade, depressão ou doença física, e por taxas elevadas de rotação de pessoal, abandono profissional e pelo aumento de situações conflituosas e quezilentas entre parceiros profissionais e entre estes e os seus superiores hierárquicos (McHolm 2006, Smith 2009).

Para a avaliação do fenómeno Fadiga por Compaixão foram identificadas sete escalas distintas a partir de uma revisão da literatura realizada por Bride, Radey e Figley (2007). Dessas sete apenas cinco medem o stress traumático secundário e dessas cinco, a escala mais amplamente utilizada e validada é a “Professional Quality of Life” da autoria de Beth Stamm. Esta é o desenvolvimento da escala “Compassion Satisfaction and Fatigue Test” da co-autoria de Charles Figley e Beth Stamm, que por sua vez era o desenvolvimento da escala “Compassion Fatigue Self Test” da autoria individual de Charles Figley. Este instrumento original da autoria de Figley dividia-se em duas subescalas avaliando o stress traumático secundário e o burnout através de 40 itens. A grande diferença do segundo instrumento para este foi a inclusão da categoria positiva “satisfação por compaixão” introduzido na literatura por Stamm, formando um instrumento que media três fenómenos através de 66 itens. A versão mais recente do instrumento, da autoria de Stamm, é a simplificação dos 66 itens para 30, na tentativa de melhorar as suas características psicométricas. Este último instrumento tem sido melhorado e aperfeiçoado ao longo do tempo, sendo a versão mais actual a “Professional Quality of Life 5”.

3.1 CONCEITOS

Para Stamm (2010) a qualidade de vida profissional é aquela que um indivíduo sente e que deriva do seu trabalho como ajudante. Esta qualidade incorpora aspectos negativos e aspectos positivos. Os aspectos negativos são explicados através do conceito de fadiga por compaixão que segundo Stamm (2010) inclui duas dimensões: o STS que diz respeito ao sentimento negativo resultante do medo ou de trauma relacionado com o trabalho, resultantes da exposição secundária a pessoas que experienciaram eventos traumáticos ou extremamente stressantes, manifestando-se por sentimentos de medo, dificuldades no sono, intrusão de imagens relativas às experiências traumáticas dos doentes ou pelo evitamento de tudo aquilo que faz lembrar tais experiências; e o Burnout, manifestado por sentimentos de ira, frustração, tristeza, descontentamento, exaustão e depressão, relacionados com o sentimento de que os esforços não fazem diferença, com excesso de trabalho e dificuldades em lidar com a pressão ou com pouco suporte no ambiente de trabalho (Stamm 2010). Estes dados sugerem que a fadiga por compaixão é o resultado da exposição prolongada ao STS, derivado do contacto com os doentes, como também será facilitada pelas questões não relacionais, derivadas do ambiente de trabalho. A confirmar esta assunção, parecem haver evidências, encontradas em estudos com enfermeiros, de que factores não relacionais que provocam sentimentos de ambiguidade e/ou conflito acerca da capacidade em proporcionar os cuidados que consideram ser necessários como o incremento na complexidade dos doentes, a confiança

nos avanços terapêuticos de cura ou prolongamento da vida, o ênfase nos modelos médicos de cura e a percepção de falta de tempo, poderão facilitar estados de fadiga por compaixão (Sabo 2011). Os aspectos positivos, segundo a autora são explicados através do conceito de satisfação por compaixão que é definido como o prazer que deriva da oportunidade de realizar um bom trabalho associado a sentimentos de concretização, realização, ou seja, de satisfação relacionados com o trabalho. Pode ser um sentimento de prazer resultante da possibilidade de ajudar os outros, ou sentimentos positivos que advêm por se fazer parte de algo construtivo no local de trabalho ou de um bem maior ao nível da sociedade. Stamm (2010) sugere que esta dimensão actua como um factor que protege o profissional dos factores stressantes no trabalho. Esta sugestão poderá ter um bom nível de aceitação, pois numa meta-análise realizada sobre a relação entre a satisfação no trabalho e a saúde, foram encontradas correlações fortes entre a satisfação e os problemas mentais e/ou psicológicos, nomeadamente com BO, a auto-estima, a depressão e a ansiedade (Faragher, Cass e Cooper 2005).

De acordo com Stamm (2010) podemos sugerir duas propriedades entre burnout e stress traumático secundário: a primeira é que estes dois fenómenos são distintos apesar de terem uma orientação comum e de partilharem alguns aspectos de stress; e a segunda é que ambos são opostos ao fenómeno de satisfação por compaixão.

3.2 PROPRIEDADES

A ProQOL5 pode ser administrada a nível individual, grupal ou em estudos de investigação na avaliação e monitorização dos fenómenos SC, BO e STS, no entanto, como alerta Stamm (2010), esta é uma ferramenta que deve ser interpretada na forma indicativa e não na forma diagnóstica. Segundo a autora, a utilização mais recomendada é a contínua e repetida ao longo do tempo. Estão definidos valores de corte para aqueles que pretendem utilizar a ProQOL5 como indicadora de riscos (BO e STS) ou de factores de protecção (SC). Os valores de corte estão definidos em Quartis (percentis 25, 50 e 75) e são respectivamente: 44, 50 e 57 para a dimensão SC; 43, 50 e 56 para BO; e 42, 50 e 56 para STS. De acordo com Stamm (2010) este instrumento possui bons indicadores relativos a validação de constructo e bons valores de consistência interna. As subescalas de SC, BO e STS apresentam respectivamente valores de alfa (α) de .88, .75 e .81. As subescalas BO e STS apresentam uma correlação negativa com SC, respectivamente $r = -.14$ para BO e $r = -.23$ para STS. Entre si apresentam uma correlação positiva ($r = .58$) e uma covariância de 34%.

A autora realizou uma análise às diferenças de médias dos valores de SC, BO e STS entre grupos respeitantes a diversas variáveis demográficas. Não foram encontradas diferenças estatísticas para as médias de SC, BO e STS no que respeita às variáveis sexo (masculino, feminino), idade em anos (≤ 35 ; > 35), raça, faixa salarial, tempo total em anos de actividade como profissional (< 5 ; $5 - 15$; > 15) ou tempo total em anos de actividade como profissional em contexto actual (< 5 ; $5 - 15$; > 15).

PARTE II - METODOLOGIA

Nesta parte do documento enunciamos os objectivos do estudo e apresentamos as opções metodológicas que tomámos relativamente ao processo de adaptação cultural e de teste à validade da ProQOL5, e ao estudo da fadiga por compaixão no contexto dos cuidados paliativos em Portugal.

Apesar da fadiga por compaixão se mostrar importante no contexto da saúde ocupacional, comparando-o com outros, este é um fenómeno mundialmente menos estudado e difundido. Percebendo a sua relevância na qualidade de vida dos profissionais e instituições de saúde e constatando não existir ainda uma ferramenta actual adaptada à língua portuguesa, considerámos ser importante realizar um estudo direccionado para a adaptação cultural e estudo de validação de um instrumento que permitisse avaliar e monitorizar o fenómeno da fadiga por compaixão em profissionais de saúde portugueses, especialmente no contexto dos cuidados paliativos. Realizámos um estudo de adaptação cultural e de teste à validade da ProQOL5 no contexto dos cuidados paliativos, pretendendo contribuir com mais uma ferramenta de gestão pessoal, grupal e institucional para procurar controlar os efeitos adversos derivados da exaustão profissional.

A escolha deste instrumento justifica-se pelo facto de estar amplamente validado ao longo do tempo, em diversos contextos e países e pelo facto de incorporar a categoria satisfação por compaixão que segundo a sua autora funciona como um factor protector do profissional na exposição ao burnout e stress traumático secundário (Stamm 2010). Decidimos traduzir e adaptar a escala ProQOL5 directamente da língua original inglesa, pois não obstante o facto de existirem duas versões escritas na língua portuguesa, não considerámos a versão brasileira adaptada por Lago (2008) por questões de validade cultural, nem a adaptação portuguesa da versão 4 da ProQOL realizada por Santalha e Coimbra (2009), pois Stamm recomenda a utilização da versão 5, versão mais actualizada e que apresenta aperfeiçoamentos não negligenciáveis relativamente às anteriores no que respeita a afirmações mais precisas e a melhores valores de consistência interna. A designação adoptada da versão original da escala “Professional Quality of Life 5” para o português será “Escala de Qualidade de Vida Profissional 5”, mantendo-se a sigla original “ProQOL5”.

4.1 OBJECTIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com este estudo pretendíamos traduzir e adaptar a ProQOL5 à população de profissionais de saúde portugueses e realizar um teste à sua validade no contexto dos cuidados paliativos. Pretendíamos também perceber os níveis de fadiga por compaixão existentes nos profissionais dos cuidados paliativos em Portugal.

Mais especificamente, o presente estudo tem como objectivos:

- ✓ Estudar o fenómeno de Fadiga por Compaixão nos profissionais de saúde das equipas de cuidados paliativos em Portugal;
- ✓ Contribuir para a melhoria do conhecimento sobre a fadiga por compaixão nos profissionais de saúde em geral e dos que trabalham na área dos cuidados paliativos em particular;
- ✓ Contribuir com informação que permita monitorizar a qualidade de vida profissional na área dos cuidados paliativos em Portugal;
- ✓ Traduzir para a língua portuguesa e adaptar culturalmente a Escala de Qualidade de Vida Profissional 5;
- ✓ Adaptar à população portuguesa um instrumento que permita a gestão pessoal, grupal ou institucional da fadiga por compaixão.

Este estudo debruça-se sobre a seguinte questão de investigação:

- Existe fadiga por compaixão nos profissionais dos cuidados paliativos em Portugal?

4.2 VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis independentes utilizadas no estudo de teste à validade da ProQOL5 e no estudo da fadiga por compaixão no contexto dos cuidados paliativos foram definidas com base nas variáveis consideradas por Stamm (2010) nas suas análises aos fenómenos SC, BO e STS recorrendo à ProQOL. Incluímos também outras variáveis que julgámos serem as adequadas à caracterização da amostra.

As variáveis integrantes deste estudo são:

- **Unidade de cuidados paliativos**
- **Sexo**
- **Estado civil**
- **Idade**
- **Profissão**

- **Tempo total de actividade na área da saúde**
- **Tempo total de actividade em cuidados paliativos**
 - O tempo que é considerado para estas variáveis será medido em anos. A primeira representa o tempo total de experiência do profissional na área da saúde, incluindo a área dos cuidados paliativos e a segunda o tempo total e exclusivo de experiência na área dos cuidados paliativos.
- **Carga laboral**
 - O tempo que é considerado para esta variável será medido em horas/semana.
- **Tempo de exposição ao sofrimento/ experiências traumáticas**
 - O tempo que é considerado para esta variável será medido em horas/semana. Esta representa a percepção do tempo que cada profissional considera estar exposto ao sofrimento e/ou experiências traumáticas dos doentes.
- **Stress da relação com doentes em sofrimento**
 - Pretendemos conhecer a percepção dos profissionais dos cuidados paliativos sobre os prejuízos pessoais e profissionais derivados do stress resultante da sua relação com os doentes em sofrimento, através da resposta a um conjunto de cinco afirmações. Cada resposta revela o nível de concordância a cada uma das afirmações, numa escala tipo Likert.

Para atender à população portuguesa subtemos o instrumento a um processo de adaptação cultural, baseando-nos nas recomendações da ISPOR TCA Task Force (2005).

O processo decorreu ao longo de várias etapas: preparação, tradução, retroversão, revisão da retroversão, pré-teste e finalização.

5.1 PREPARAÇÃO

O primeiro passo foi a realização do pedido de autorização para tradução da ProQOL5, dirigido à autora Beth Stamm, através da página destinada a esse efeito localizada no endereço electrónico www.proqol.org. Foi também endereçado à autora o convite para a sua participação no decorrer do processo de adaptação da escala. A autorização para fins de tradução e adaptação foi recebida via e-mail no dia 01 de Fevereiro de 2011 (Apêndice A).

5.2 TRADUÇÃO, RETROVERSÃO E REVISÃO DA RETROVERSÃO

Procedeu-se então a uma primeira tradução do instrumento que foi depois revisada por um especialista da área do stress ocupacional e perito em Inglês, nascendo a versão traduzida nº1. Havendo consenso relativamente a esta versão pedimos a uma perita em inglês com experiência de tradução de instrumentos de recolha de dados na área da saúde para realizar uma retroversão da versão nº1 para a língua original inglesa. A retroversão foi-nos entregue no dia 5 de Março de 2011, e prontamente enviada a Beth Stamm para que esta realizasse um estudo de revisão comparativa entre aquela e a versão original. A autora comunicou a sua avaliação no dia 7 de Março de 2011, tendo aprovado imediatamente 23 dos 30 itens. Para os restantes 7 itens, manifestou discrepâncias respeitantes a diferenças em termos de adequabilidade de palavras, ou forma como frases estavam estruturadas. Após uma cuidadosa análise ao conteúdo justificativo dessas observações, concluímos que em 6 itens, as discrepâncias estavam relacionadas directamente com a qualidade da retroversão, ou seja, com a interpretação da retro-tradutora e não com desvios de significado ou de adaptação cultural possivelmente existentes na versão portuguesa. Um único item foi proposto para alteração, pois a discrepância relacionava-se com o significado da expressão “caring person” relativa à vigésima nona afirmação da escala original. Na versão traduzida nº1 tínhamos assumido a expressão “pessoa afectuosa”, que resultou na retroversão “affectionate person”. Beth Stamm referiu que o significado da expressão teria que ver com a preocupação empática e não com afecto. Não havendo tradução directa para o português do adjectivo “caring” enviámos, no dia 9 de Março de 2011, um pedido a Beth Stamm para que dentro de uma gama de diferentes adjectivos com significado semelhante seleccionasse aquele que mais se adequava ao significado original.

5.3 PRÉ-TESTE

Com a realização deste pré-teste procurámos perceber o grau de entendimento das afirmações e realizar um primeiro teste à validade da ProQOL5 para percebermos os níveis de consistência interna. Neste pré-teste incluímos o enunciado das questões sociodemográficas incluído posteriormente no instrumento final elaborado para os profissionais dos cuidados paliativos. Este pré-teste realizou-se entre os dias 14 e 31 de Março 2011, em profissionais dos Serviços de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.

A decisão em realizar este pré-teste num contexto diferente ao dos cuidados paliativos deveu-se a alguns factores: o primeiro factor considerado foi a dificuldade que iríamos encontrar para realizar um pré-teste a uma amostra considerável de profissionais de cuidados paliativos, porque teríamos que recorrer a várias unidades, tendo em conta que cada uma é constituída por um número reduzido de profissionais; o segundo factor vem no seguimento do anterior, pois dado o limitado número de unidades de cuidados paliativos a nível nacional, ao dar a conhecer previamente, aos profissionais destas unidades, o nosso instrumento de recolha de dados, poderíamos correr o risco de obter na segunda fase do estudo, dados relativizados; o terceiro factor foi o facto de podermos estabelecer em alguns pontos um certo paralelismo entre as unidades de cuidados paliativos e as unidades de medicina interna, como sejam, a multidisciplinaridade, o contacto com o sofrimento dos doentes e familiares, o contacto com a morte e com o luto; e o quarto e último factor considerado foi a facilidade no acesso a esta população de profissionais.

O primeiro passo para a realização do pré-teste foi obter a autorização, para aplicação dos questionários, junto do Director do Serviço de Medicina Interna da instituição em causa. Obtida a autorização, procedemos pessoalmente à distribuição de 40 questionários pelas diferentes Enfermarias do Serviço de Medicina Interna recorrendo a uma amostragem intencional. O instrumento utilizado neste pré-teste estava estruturado em três partes: a primeira correspondia ao enunciado das questões de ordem sociodemográfica; a segunda correspondia à versão traduzida nº1 da ProQOL5, e a terceira correspondia a um espaço onde os participantes poderiam identificar e descrever as suas dificuldades de entendimento sobre os itens, as suas dúvidas na resposta e contribuir com sugestões.

Obtivemos uma amostra multidisciplinar constituída por 9 médicos, 21 enfermeiros, 5 assistentes operacionais e 1 assistente social. A recolha dos questionários decorreu em duas fases: durante a primeira fase, decorrida entre os dias 14 e 21 de Março de 2011, recolhemos 24 questionários; e na segunda, decorrida entre os dias 22 a 31 de Março de 2011, foram recolhidos os restantes 12. Esta recolha faseada justificou-se pelo imperativo de incluir resultados do pré-teste, na publicação em forma de póster apresentado no 9º Encontro de Saúde Ocupacional da Sociedade Portuguesa de Medicina no Trabalho que aconteceu no dia 25 de Março de 2011. Procurámos perceber, conscientes do tamanho da amostra, qual o valor de consistência interna das subescalas e se estes se aproximariam dos apresentados para a escala original. Pela análise desses dados, verificámos que o instrumento apresentava valores de alfa satisfatórios: $\alpha = .60$ para SC, $\alpha = .63$ para BO e $\alpha = .68$ para STS. Os valores de

correlação entre fenómenos foram: $r = -.41$ entre SC e BO, $r = -.18$ entre SC e STS, e $r = .47$ entre BO e STS associado a uma covariância de 47%. O póster apresentado (Apêndice B) pode ser consultado no Repositório Institucional da Universidade Católica – VERITATI através do Link (<http://hdl.handle.net/10400.14/4202>). Numa análise realizada com os dados dos 36 participantes verificámos melhores propriedades psicométricas da versão traduzida nº1 da ProQOL5. Os valores de alfa de cronbach aumentaram ligeiramente nas subescalas BO ($\alpha = .69$) e STS ($\alpha = .75$). Obtivemos também valores de correlação e de covariância semelhantes aos apresentados pela ProQOL5 original: correlação negativa mais forte entre SC e BO ($r = -.54$) e semelhante entre SC e STS ($r = -.12$); uma correlação positiva entre BO e STS ($r = .40$) e uma covariância entre BO e STS de 41%.

Todos estes dados mostraram que, para uma amostra tão pequena, a ProQOL5 aparentava ter uma boa qualidade de tradução e que estaria razoavelmente bem adaptada culturalmente. Estes dados também mostraram ser um bom indicador para os resultados que poderíamos obter aquando do estudo de teste à validade da ProQOL5 a realizar no contexto de cuidados paliativos e recorrendo a uma amostra com maior número de participantes. Analisando a terceira parte do questionário do pré-teste, verificámos que 2 participantes sugeriram a inclusão da opção “meses” no espaço de preenchimento das perguntas “6.1” e “6.2” do enunciado das questões sociodemográficas e que 6 participantes, todos enfermeiros, manifestaram dificuldades no entendimento da expressão “material traumático” presente na questão número 7 desse mesmo enunciado. Relativamente à compreensão das afirmações presentes na ProQOL5, apenas 3 participantes manifestaram dúvidas, dois enfermeiros relativamente à expressão “pessoas traumatizadas” presente no item 28, e um médico relativamente à interpretação dos itens 5 e 20. Parece-nos que os profissionais de Enfermagem terão alguma dificuldade em entender o sentido correcto das expressões “material traumático” e “pessoas traumatizadas”. Um dado interessante é o facto de que aqueles que manifestaram estas dúvidas têm todos quatro ou mais anos de actividade profissional, e apenas um deles conhece o fenómeno fadiga por compaixão. A partir desta análise pareceu-nos não haver motivos para repensar a sintaxe das afirmações, pois a população de profissionais dos cuidados paliativos, pelo seu nível de formação nessa área, terão mais facilidade em atribuir o sentido correcto às questões e afirmações problemáticas.

5.4 FINALIZAÇÃO

Finda a análise dos resultados que obtivemos através do pré-teste e tendo recebido a resposta de Beth Stamm, no dia 11 de Maio de 2011, sobre a dúvida anteriormente mencionada, pudemos concluir que o único melhoramento necessário à versão traduzida nº1 seria a alteração da expressão “pessoa afectuosa” por “pessoa atenciosa”. Com esta alteração e após uma última revisão do português, resultou a versão traduzida nº2 ou versão final, a qual designámos de ProQOL5 - versão portuguesa. A versão original e versão portuguesa da ProQOL5 podem ser consultadas no Apêndice C.

Para podermos conhecer o fenómeno da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos, realizámos primeiramente um estudo de validade à versão adaptada da ProQOL5. Para analisarmos a validade deste instrumento realizámos um conjunto de testes estatísticos a partir de dados colhidos numa amostra de 73 profissionais de saúde afectos a 9 unidades de cuidados paliativos nacionais.

6.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população definida para este estudo é o conjunto de todos os profissionais de saúde, que exercem actividade em equipas de cuidados paliativos, referenciadas pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. A APCP reconhece, até à data, 19 equipas de cuidados paliativos geograficamente dispersas no território nacional. No sentido de tornar a amostra tão representativa quanto possível foram consideradas para este estudo todas as equipas de cuidados paliativos, recorrendo-se a uma amostragem intencional. Os participantes foram incluídos na amostra tendo em conta os seguintes critérios: desejar participar voluntariamente no estudo e exercer actividade numa equipa de cuidados paliativos em tempo total, parcial ou em regime de voluntariado.

6.2 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS

Tendo em conta a limitação temporal do estudo, a saturação dos profissionais dos cuidados paliativos a pedidos de participação em estudos de investigação e pretendendo uma boa adesão, procedemos à recolha dos dados da seguinte forma: enviámos o pedido de autorização formal para recolha de dados (Apêndice D) às entidades responsáveis pelas equipas de cuidados paliativos e em simultâneo realizámos um contacto informal com o coordenador de cada equipa, no sentido de pedir colaboração institucional e profissional; aquando da obtenção da autorização para a recolha de dados realizámos um segundo contacto no sentido de combinar o melhor momento para entrega dos questionários; no momento acordado, procurámos entregar pessoalmente e recuperar o máximo de questionários preenchidos; facilitámos a cada coordenador um envelope pré-selado para posterior devolução de questionários em falta.

Os instrumentos de recolha de dados foram entregues dentro de envelopes individuais, iguais, seláveis e não identificáveis.

Durante o mês de Abril de 2011, enviámos 19 pedidos de autorização, correspondentes às 19 equipas de cuidados paliativos: 4 equipas afectas ao Instituto Português de Oncologia, 4 afectas à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 1 afecta à Santa Casa da

Misericórdia, 7 afectas a Hospitais Públicos e 3 afectas a instituições privadas. A cada pedido foi anexada uma cópia do instrumento de recolha de dados a utilizar. A resposta aos pedidos de autorização foram chegando em momentos cronologicamente distintos, de Maio a Agosto de 2011, tendo-se obtido parecer positivo para recolha de dados em 9 das 19 equipas de cuidados paliativos (Apêndice E). De Maio a Agosto foram distribuídos presencialmente por 8 unidades, 111 questionários correspondentes ao número total de profissionais constituintes dessas equipas de cuidados paliativos, tendo sido devolvidos 67. Recebemos extraordinariamente 6 questionários da parte da Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos do Hospital Santa Maria, que utilizaram cópias da versão anexa ao pedido de autorização enviado. Não tendo recebido nenhum documento formal ou informal de autorização para recolha de dados naquela unidade, havendo recebido os questionários, assumimos que estivesse implicitamente autorizado. Foram devolvidos até ao final de Outubro de 2011 um total de 73 questionários, correspondendo a uma taxa de participação de 62%.

6.3 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

No decorrer do processo de investigação, assim como na realização deste relatório foram assumidos alguns procedimentos de forma a respeitar os preceitos éticos. Foram garantidas as autorizações para a adaptação da ProQOL5, para a realização do pré-teste e para a recolha dos dados nas unidades de cuidados paliativos. Foi garantido o consentimento informado de todos os participantes bem como o sigilo e a confidencialidade dos seus dados.

Foi assumido o respeito pela honestidade intelectual, tendo sido citados todos os dados e material intelectual que a outros autores diz respeito. Recorremos a uma ferramenta estatística autenticada e disponibilizada pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa-Porto.

6.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha dos dados (Apêndice F) é composto por três partes:

Parte 1 - Caracterização Sociodemográfica

Esta parte corresponde ao conjunto de questões que visam caracterizar as variáveis independentes seleccionadas para o estudo de validade da versão portuguesa da ProQOL5 e estudo da fadiga por compaixão no contexto dos cuidados paliativos. Pretendemos conhecer a idade, sexo, estado civil e profissão dos participantes, assim como obter dados relativos à sua actividade profissional como a carga laboral, tempo de actividade total na área da saúde e tempo total de actividade em cuidados paliativos. Questionámos qual o número de horas percebidas de exposição semanal ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes.

Pretendemos também conhecer a percepção dos profissionais sobre os prejuízos pessoais e profissionais derivados do stress resultante da sua relação com os doentes em sofrimento.

Parte 2 - ProQOL5 - Versão Portuguesa (Carvalho e Sá 2011)[®]

A ProQOL5 é uma escala formada por 30 itens divididos em 3 subescalas que avaliam 3 fenómenos distintos. A cada subescala correspondem 10 itens: Satisfação por Compaixão (itens 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30); Burnout (itens 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29); e Stress Traumático Secundário (itens 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28). Cada item equivale a uma afirmação à qual se atribui uma pontuação que varia entre 1 e 5, correspondendo a uma escala ordinal de frequência (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Por Vezes; 4=Freqüentemente; 5=Muito Freqüentemente). O somatório para cada subescala realiza-se através da soma da pontuação de cada um dos 10 itens correspondentes. Para realizar o somatório da subescala do Burnout, deve-se reverter a pontuação dos itens 1,4,15,17 e 29.

Parte 3 - GHQ28 – Versão Portuguesa (Ribeiro e Antunes 2003)[®]

Este questionário é a versão portuguesa do “General Health Questionnaire - GHQ28”, testada e adaptada por Ribeiro e Antunes (2003). De acordo com estes autores, o GHQ28 é um questionário de auto-resposta desenvolvido por Golberg e Hillier em 1979, a partir da versão original do “General Health Questionnaire – GHQ” de 60 itens, criado por Golberg em 1972. Segundo os mesmos, este questionário foi criado primariamente para identificar quer a incapacidade para realizar as actividades que são usuais numa pessoa saudável, quer o aparecimento de fenómenos stressantes novos, tendo sido muito utilizado em censos populacionais, em cuidados de saúde primários e em contextos de ambulatório. O GHQ28, tal como referem Ribeiro e Antunes (2003), tem sido universalmente utilizado para avaliar o estado mental em contexto de doença e também no stress em profissionais de saúde. O GHQ28 é constituído por 4 subescalas que avaliam quatro dimensões distintas: Sintomas Somáticos (SS), Ansiedade e Insónia (AI), Disfunção Social (DS) e Depressão Grave (DG). A cada dimensão correspondem 7 itens: SS (itens 1 a 7), AI (itens 8 a 14), DS (itens 15 a 21) e DG (itens 22 a 28). Cada item equivale a uma afirmação à qual se atribui, numa escala ordinal, uma pontuação que varia entre 0 e 3. O somatório parcial de cada subescala varia entre 0 e 21 e o somatório total entre 0 e 84. Segundo os autores deste instrumento, os somatórios mais elevados correspondem a piores indicadores de saúde mental.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Recorremos a métodos quantitativos na análise dos dados. Para o tratamento estatístico, recorremos à ferramenta Statistical Package for the Social Sciences, disponível no Instituto de Ciências da Saúde do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

Realizámos uma breve caracterização sociodemográfica para introduzir os resultados relativos ao estudo de validação da ProQOL5 e ao estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos.

Para o estudo de equivalência conceptual da ProQOL5 – versão portuguesa, recorremos ao estudo de análise factorial exploratória e para o estudo da sua fiabilidade recorremos ao teste alfa de Cronbach.

Para o estudo de validação da ProQOL5 no contexto dos cuidados paliativos recorremos a uma análise comparativa entre as propriedades psicométricas da versão portuguesa e versão original da ProQOL5, trabalhando as variáveis como estão consideradas para a versão original, e a técnicas de validação concorrente usando os resultados do GHQ28. Os testes estatísticos foram seleccionados respeitando a ordem de grandeza das variáveis e os pressupostos da normalidade da distribuição assumidos para cada um dos factores em estudo.

Realizámos também, com recurso aos dados obtidos através da recolha de dados supracitada, um estudo dos fenómenos de satisfação por compaixão, burnout e fadiga por compaixão na nossa amostra. Procedemos à descrição dos fenómenos segundo as variáveis: unidade de cuidados paliativos, sexo, estado civil, idade, profissão, tempo total de actividade na área da saúde, tempo total de actividade em cuidados paliativos, carga laboral e tempo de exposição ao sofrimento/ experiências traumáticas. À excepção das primeiras três unidades, todas as variáveis foram reconfiguradas para obter grupos de análise mais homogéneos. Também analisámos as respostas dos participantes a um conjunto de questões sobre a sua percepção ao stress resultante da relação com os doentes em sofrimento. Os resultados desta análise foram organizados com o auxílio de quadros para que esteja facilitada a sua interpretação.

PARTE III - RESULTADOS

Nesta parte do documento apresentamos os resultados relativos ao tratamento estatístico dos dados da amostra constituída por 73 profissionais dos cuidados paliativos. Iniciamos com uma breve caracterização sociodemográfica, seguida pela apresentação dos resultados do estudo de teste à validade da versão portuguesa da ProQOL5 nos cuidados paliativos. Apresentamos também os resultados do estudo da fadiga por compaixão dos profissionais da nossa amostra. Por fim incluímos uma síntese do conjunto de resultados apresentados.

CAPÍTULO 7 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Como podemos verificar através do Quadro 7.1, obtivemos uma amostra heterogénea constituída por 73 profissionais de saúde de diferentes áreas do cuidar, provenientes de 9 equipas de cuidados paliativos. Os profissionais mais representados na amostra são os enfermeiros ($N = 33$), seguidos dos médicos ($N = 13$), assistentes operacionais ($N = 12$), psicólogos ($N = 7$), assistentes sociais ($N = 6$), fisioterapeutas ($N = 1$) e capelões ($N = 1$). A maioria dos participantes é do sexo feminino ($N = 65$). Relativamente ao estado civil esta amostra constitui-se por 36 profissionais casados, 24 solteiros, 9 divorciados e 4 profissionais a viver em união de facto.

Quadro 7.1 - *Quadro de frequências 1*

Variável	Grupo	Frequência (N)	Percentagem (%)
Unidade	Unidade de Assistência Domiciliária do IPOFG-Lisboa	8	11,0
	Unidade de CP da Santa Casa da Misericórdia de Azeitão	5	6,8
	Serviço de CP do Hospital do Fundão -CHCB	16	21,9
	Unidade de CP de S.Bento Menni, Casa Saúde Idanha, Irmãs Hospitaleiras	5	6,8
	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP do Hospital de Santa Maria	6	8,2
	Equipa de CP do Hospital do Litoral Alentejano	13	17,8
	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP do CHLC-Hospital S. José	6	8,2
	Unidade de CP do Hospital S. João	9	12,3
	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP do Hospital Reynaldo dos Santos	5	6,8
Profissão	Médico	13	17,8
	Enfermeiro	33	45,2
	Fisioterapeuta	1	1,4
	Psicólogo	7	9,6
	Assistente Social	6	8,2
	Assistente Operacional	12	16,4
	Capelão	1	1,4
Sexo	Masculino	8	11,0
	Feminino	65	89,0
Estado Civil	Solteiro	24	32,9
	Casado	36	49,3
	Divorciado	9	12,3
	União de facto	4	5,5

A nossa amostra é constituída por profissionais que têm entre 22 e os 60 anos, sendo que a média de idades dos nossos participantes é de 39 anos. Em termos de exercício profissional a nossa amostra revela que nas unidades de cuidados paliativos estudadas, em média, cada profissional trabalha 39 horas por semana. Estes profissionais trabalham, em média, há 15 anos na área da saúde, e há 5 anos em cuidados paliativos. Os participantes consideram expor-se em média 31 horas por semana ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes (Quadro 7.2).

Quadro 7.2 - *Quadro de frequências 2*

	Idade (Anos)	Carga laboral (Horas/semana)	Tempo total de actividade na área da saúde (Anos)	Tempo total de actividade em cuidados paliativos (Anos)	Tempo percebido de exposição ao sofrimento/ experiências traumáticas (Horas/Semana)
Média	39	39	15	5	31
Mediana	38	40	13	4	35
Moda	31	35	11	3	35
Mínimo	22	17	1	1	0
Máximo	60	67	35	20	60
N					
Validos	73	72	68	65	65
Em falta	0	1	5	8	8

O primeiro passo foi reconverter os valores obtidos pela ProQOL5 e transformá-los em tscores. As pontuações obtidas de SC, BO e STS são primeiramente transformadas em zscores e posteriormente reconvertidas em tscores forçando uma média de 50 e um desvio padrão de 10. Esta estratégia é recomendada por Beth Stamm porque permite estabelecer comparações entre os valores dos três fenómenos e também comparar os valores obtidos pela ProQOL5 com os valores obtidos em versões anteriores da escala.

A primeira análise que realizámos foi o estudo da distribuição dos valores da ProQOL5 e GHQ28, com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov (ver Quadro 8.1). Pretendíamos decidir adequadamente quais os testes estatísticos a utilizar. A normalidade pode ser assumida para as distribuições das variáveis computadas correspondentes aos somatórios das três subescalas da ProQOL5 (SC, BO e STS) e também para a distribuição das variáveis correspondentes a somatórios parciais e somatório total da GHQ28 (SS, AI, e GHQTotal). A normalidade não foi assumida para as restantes variáveis correspondentes a somatórios parciais da GHQ28 (DS e DG).

Quadro 8.1 - *Teste de Kolmogorov-Smirnov aos componentes da ProQOL5 e GHQ28*

	ProQOL5			GHQ28				
	SC	BO	STS	Sintomas Somáticos	Ansiedade e Insónia	Disfunção Social	Depressão Grave	GHQTotal
N	73	73	73	72	73	73	73	72
Kolmogorov-Smirnov Z	0,781	0,767	1,136	1,163	1,102	2,613	2,881	1,327
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,576	0,599	0,151	0,134	0,176	0,000	0,000	0,059

8.1 ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA GHQ28

Estudámos as características psicométricas da escala GHQ28 no sentido de percebermos o nível de fiabilidade do instrumento na nossa amostra. Calculámos, recorrendo ao teste alfa de Cronbach, os valores de consistência interna para cada uma das 4 dimensões individuais da escala (SS, AI, DS e DG), assim como para a dimensão total da mesma (GHQTotal). As dimensões individuais apresentaram bons valores de alfa: α (SS) = .85; α (AI) = .84; α (DS) = .75 e α (DG) = .84. A dimensão total da escala (GHQTotal) apresentou um excelente valor de consistência interna (α = .90).

8.2 ESTUDO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA PROQOL5

Realizámos um estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da ProQOL5 e comparámo-las com as da versão original. O estudo de consistência interna da versão portuguesa, para as subescalas SC, BO e STS, apresentou respectivamente valores de alfa (α) = .86, .71 e .83, melhorando os valores de fiabilidade obtidos no pré-teste (α = .60, .63 e .68) e muito próximos dos obtidos na ProQOL5 original (α = .88, .75 e .81). Pretendíamos também conhecer os valores de associação entre as dimensões da ProQOL5, e nesse sentido realizámos um estudo com recurso ao teste r Pearson. As subescalas BO e STS apresentam correlações negativas com SC (r = - .637, p < .01; e r = - .248, p < .05) e uma correlação positiva entre si (r = .551, p < .01) associado a uma co-variância de 55%. Estes dados podem ser consultados no Quadro 8.2.

Quadro 8.2 - *Teste de Correlação r de Pearson entre os componentes da ProQOL5*

		SC	BO
BO	Correlação	-0,637	
	Co-variância	-64	
	N	73	
STS	Correlação	-0,248	0,551
	Co-variância	-25	55
	N	73	73

Procurámos também perceber se existiam diferenças significativas para os valores de SC, BO e STS em função das variáveis sexo, idade, tempo total de actividade como profissional de saúde e tempo total de actividade em cuidados paliativos. Reconfigurámos a variável idade em 2 grupos (≤ 35 ; ≥ 36), e as variáveis tempo total de actividade na área da saúde e tempo total de actividade em cuidados paliativos em 3 grupos (< 5; 5 - 15; > 15). Para o cálculo das diferenças de médias de SC, BO e STS para as variáveis sexo e idade recorremos ao teste t de Student e para as outras variáveis recorremos ao teste ANOVA.

Não foram encontradas, tal como Beth Stamm, diferenças significativas nas médias das pontuações de SC, BO ou STS, em função de nenhuma das variáveis referidas (Quadros 8.3, 8.4, 8.5 e 8.6).

Quadro 8.3 - *Teste t de Student para sexo*

		Teste de Levene		Teste t de Student		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
SC	Igualdade das variâncias assumida	,443	,508	,999	71	,321
BO	Igualdade das variâncias assumida	,125	,725	-,467	71	,642
STS	Igualdade das variâncias assumida	1,154	,286	,127	71	,899

Quadro 8.4 - *Teste t de Student para idade*

		Teste de Levene		t de Student		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
SC	Igualdade das variâncias assumida	,251	,618	,349	71	,728
BO	Igualdade das variâncias assumida	1,345	,250	-,064	71	,949
STS	Igualdade das variâncias assumida	1,062	,306	-,493	71	,624

Quadro 8.5 - *Teste ANOVA para tempo total de actividade na área da saúde*

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
SC	Entre Grupos	,159	2	,080	,001	,999
	Dentro dos Grupos	7199,841	70	102,855		
	Total	7200,000	72			
BO	Entre Grupos	37,274	2	18,637	,182	,834
	Dentro dos Grupos	7162,726	70	102,325		
	Total	7200,000	72			
STS	Entre Grupos	25,008	2	12,504	,122	,885
	Dentro dos Grupos	7174,992	70	102,500		
	Total	7200,000	72			

Quadro 8.6 - *Teste ANOVA para tempo total de actividade em cuidados paliativos*

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
SC	Entre Grupos	123,897	2	61,948	,613	,545
	Dentro dos Grupos	7076,103	70	101,087		
	Total	7200,000	72			
BO	Entre Grupos	233,405	2	116,702	1,173	,316
	Dentro dos Grupos	6966,595	70	99,523		
	Total	7200,000	72			
STS	Entre Grupos	90,729	2	45,364	,447	,642
	Dentro dos Grupos	7109,271	70	101,561		
	Total	7200,000	72			

A análise aos pontos de corte para SC, BO e STS obtidos na nossa amostra, utilizando a divisão em quartis, revelou semelhanças consideráveis entre as duas versões da ProQOL5. Os pontos de corte (Percentis 25, 50 e 75) obtidos na nossa amostra podem ser consultados no Quadro 8.7.

Quadro 8.7 - Pontos de corte da ProQOL5

		tscoreSC	tscoreBO	tscoreSTS
Percentis	25	44	42	41
	50	50	50	49
	75	59	56	57

8.3 ANÁLISE FACTORIAL

Não obstante a autora propor três dimensões para o instrumento, quisemos explorar a estrutura factorial da versão portuguesa da ProQOL5. Nesse sentido realizámos um estudo de análise factorial exploratória. Este estudo da análise factorial aos 30 itens da ProQOL5, revelou a possibilidade de extracção até 8 factores explicativos, sendo que os 3 explicam 49.3% da variância. O factor que apresenta melhores cargas factoriais é o segundo, correspondendo a itens relativos a SC, também reforçado pelo maior valor de consistência interna ($\alpha = .86$). Os 2 factores seguintes com maior força, apresentam itens com carga factorial mais leve e em alguns casos com significância relativa e simultânea para os 2. Os resultados desta análise podem ser consultados através dos Quadros 8.8 e 8.9. Retirando os itens com menor força, não se obtiveram melhorias na análise ou valores de consistência interna superiores, levando-nos a supor que se deva a semelhanças presumidas entre os fenómenos de BO e STS. Não observámos dados que nos fizessem obrigar a um redimensionamento da versão portuguesa da ProQOL5 e nesse sentido utilizámos a estrutura proposta pela autora nas diferentes análises a este instrumento.

Quadro 8.8 - Cargas factoriais dos itens ProQOL5

Item	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
3		,787						
5				,746				
6		,596						
7	,559			,315			-,407	
8	,648			,313				
9	,558		,460					
10	,511		,579					
11	,581		,436					
12	-,303			-,395		,547		
13	,831							
14	,793							
16			-,552		,373	,314	,337	
18		,508				,426		,327
19	,356		,693					
20		,560					,415	,339
21			,848					
22		,538			,445	,348		
23	,544			,483				
24		,748						
25	,438			,706				
26			,833					
27							,738	
28				,686				
30		,307						,494
1R					-,687	-,321		
4R		-,743						
15R					-,772			
17R			,308				-,560	-,392
29R						-,702		

Quadro 8.9 - Resultado de variância dos componentes extraídos para a ProQOL5

Componente	Extraction Sums		
	Total	% da Variância	% Acumulada
1	8,1	27,0	27,0
2	4,7	15,5	42,5
3	2,0	6,8	49,3
4	1,5	5,1	54,4
5	1,5	4,8	59,3
6	1,2	4,0	63,3
7	1,1	3,7	66,9
8	1,0	3,5	70,4

8.4 VALIDADE CONCORRENTE

Com vista a conhecermos a validade concorrente da ProQOL5, recorreremos aos resultados da GHQ28. Procurámos conhecer, recorrendo aos testes r de Pearson (r) e ρ de Spearman (ρ), quais os resultados de associação entre as dimensões da ProQOL5 e da GHQ28. Com este estudo de associação, pretendíamos verificar se a um aumento dos valores de SC corresponderia uma diminuição das queixas relacionadas com a saúde, e ao mesmo tempo, verificar o inverso, ou seja, se a um aumento nos valores de BO e STS corresponderia um aumento das queixas relacionadas com a saúde. Através da análise dos resultados de associação verificámos que os valores da GHQ28 variam no sentido inverso a SC. Os valores de correlação têm significância estatística entre SC e SS ($r = -.290, p < .05$), AI ($r = -.357, p < .01$), DS ($\rho = -.290, p < .05$) e GHQTotal ($r = -.422, p < .01$), mas não têm significância com DG. Também verificámos, tal como esperado, que os valores da GHQ28 variam no mesmo sentido de BO e STS, tendo-se verificado correlações positivas e significativas entre estas e todas as dimensões da GHQ28. As correlações mais fortes verificaram-se com BO, exceptuando o factor DG que apresentou um valor de correlação mais forte com STS ($\rho = .329, p < .01$). Estes dados podem ser consultados nos Quadros 8.10 e 8.11.

Quadro 8.10 - Valores de correlação r de Pearson entre ProQOL5 e GHQ28

		Síntomas Somáticos	Ansiedade e insónia	GHQTotal
SC	Correlação	-.290*	-.357**	-.422**
	Sig. (2-tailed)	,014	,002	,000
	N	72	73	72
BO	Correlação	.537**	.648**	.725**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000
	N	72	73	72
STS	Correlação	.350**	.565**	.538**
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	,000
	N	72	73	72

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 8.11 - Valores de correlação ρ de Spearman entre ProQOL5 e GHQ28

		Disfunção Social	Depressão Grave
SC	Correlação	-.290*	-.185
	Sig. (2-tailed)	,013	,117
	N	73	73
BO	Correlação	.452**	.289*
	Sig. (2-tailed)	,000	,013
	N	73	73
STS	Correlação	.267*	.329**
	Sig. (2-tailed)	,023	,005
	N	73	73

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Posteriormente ao estudo da validade da versão portuguesa da ProQOL5, realizámos um conjunto de observações aos dados da nossa amostra, com o objectivo de conhecer o fenómeno da fadiga por compaixão em profissionais dos cuidados paliativos em Portugal.

9.1 VALORES GLOBAIS

Como já foi referido, o cálculo dos valores dos 3 fenómenos avaliados pela ProQOL5 é forçado para obter uma média de 50 e um desvio padrão de 10. Estes valores são obtidos na reconversão dos valores primários em tcores. Obtiveram-se valores de SC entre 21 e 69, valores de BO entre 31 e 78 e de STS entre 34 e 78. Analisando os scores obtidos individualmente e comparando-os com os pontos de corte considerados por Stamm (2010), podemos verificar, tal como apresentado no Quadro 9.1, que 82,8% dos participantes apresenta níveis médios a altos de SC ($N = 60$), 72,6% dos participantes apresenta níveis médios a altos de BO ($N = 53$) e 67,1% apresenta níveis médios a altos de STS ($N = 49$), sendo que 24,7% destes apresentam níveis elevados ($N = 18$).

Quadro 9.1 - *Frequências de SC, BO e STS*

Fenómeno	Nível	N	%
SC	Baixo	13	17,8
	Médio	40	54,8
	Alto	20	27,4
BO	Baixo	20	27,4
	Médio	38	52,1
	Alto	15	20,5
STS	Baixo	24	32,9
	Médio	31	42,5
	Alto	18	24,7

Analisando os níveis de SC e BO dos 18 profissionais com nível alto de STS, verificámos que 5 apresentam baixo nível de SC, 10 apresentam nível médio de SC e 3 apresentam um nível alto de SC. Também verificámos que 2 profissionais apresentam baixo nível de BO, 8 apresentam nível médio de BO e 8 apresentam nível alto de BO (Quadro 9.2).

Quadro 9.2 - Frequências de STS nível alto em função de SC e BO

	Nível	SC			BO		
		Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto
STS	Baixo	3	15	6	8	15	1
	Médio	5	15	11	10	15	6
	Alto	5	10	3	2	8	8

Quadro 9.3 - Frequências de STS nível alto em função das variáveis independentes

Variável	Grupo	Nível de STS		
		Baixo	Médio	Alto
Sexo	Masculino	2	4	2
	Feminino	22	27	16
Total		24	31	18
Estado Civil	Solteiro	8	8	8
	Casado	14	14	8
	Divorciado	1	7	1
	União de facto	1	2	1
Total		24	31	18
Escala Etária (Anos)	≤35	10	15	10
	≥36	14	16	8
Total		24	31	18
Profissão	Médico	6	4	3
	Enfermeiro	8	16	9
	Fisioterapeuta	0	0	1
	Psicólogo	5	2	0
	Assistente Social	1	3	2
	Assistente Operacional	4	6	2
	Capelão	0	0	1
Total		24	31	18
Tempo total de Actividade na área da saúde (Anos)	<5	6	4	5
	5-15	7	19	5
	>15	11	8	8
Total		24	31	18
Tempo total de Actividade em cuidados paliativos (Anos)	<4	11	10	6
	4-6	10	7	6
	>6	1	11	3
Total		22	28	15
Carga Laboral (horas/semana)	<40	11	12	9
	≥40	13	19	8
Total		24	31	17
Tempo de Exposição ao sofrimento (horas/semana)	35	10	13	4
	≥35	12	13	13
Total		22	26	17

Analizando os dados de frequência dos casos que apresentam nível alto de STS, expostos no Quadro 9.3 apresentado acima, segundo as variáveis independentes, destacamos que: 16 profissionais são do sexo feminino; 8 são solteiros, 8 são casados, 1 é divorciado e 1 vive em união de facto; 9 são enfermeiros, 3 são médicos, 2 são assistentes sociais, 2 assistentes operacionais, 1 é fisioterapeuta e 1 é capelão; 8 desses profissionais trabalham há mais de 15 anos na saúde e 5 trabalham há menos de 5 anos; 3 trabalham há mais de 6 anos em cuidados paliativos e 6 trabalham há menos de 4 anos; a grande maioria destes considera estar 35 ou mais horas expostos ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes.

9.2 ANÁLISE SEGUNDO AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Nesta secção apresentamos os resultados da análise da fadiga por compaixão segundo as variáveis independentes definidas para este estudo.

UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Podemos verificar, através do Quadro 9.4, quanto à unidade de cuidados paliativos que à excepção de uma, todas apresentam níveis médios de SC, BO e STS. Os profissionais do serviço de cuidados paliativos do Hospital do Fundão apresentam em média um nível alto de BO (tscoreBO = 57, $N = 16$), associado ao segundo maior valor de STS (tscoreSTS = 54, $N = 16$) e ao valor mais baixo de SC (tscoreSC = 45, $N = 16$). A estes valores está associado também o maior valor médio de queixas relacionadas com a saúde (GHQTotal = 21, $N = 16$), correspondendo a valores consideráveis de Sintomas Somáticos (SS = 6, $N = 16$), Ansiedade e Insónia (AI = 6, $N = 16$) e Disfunção Social (DS = 7, $N = 16$).

Quadro 9.4 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por unidade de cuidados paliativos

Unidade		SC	BO	STS	Sintomas Somáticos	Ansiedade e insónia	Disfunção Social	Depressão Grave	GHQTotal
Unidade de Assistência Domiciliária do IPOFG-Lisboa	Média	46	48	43	5	3	7	1	15
	N	8	8	8	8	8	8	8	8
Unidade de CP da Santa Casa da Misericórdia de Azeitão	Média	54	44	54	4	5	6	1	16
	N	5	5	5	5	5	5	5	5
Serviço de CP do Hospital do Fundão (CHCB)	Média	45	57	54	6	6	7	2	21
	N	16	16	16	16	16	16	16	16
Unidade de CP de S.Bento Menni, Casa Saúde Idanha, Irmãs Hospitalares	Média	56	46	50	4	2	6	1	14
	N	5	5	5	5	5	5	5	5
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP do Hospital de Santa Maria	Média	55	49	52	7	5	6	3	17
	N	6	6	6	5	6	6	6	5
Equipa de CP do Hospital do Litoral Alentejano	Média	50	51	50	3	4	7	1	14
	N	13	13	13	13	13	13	13	13
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP do CHLC-Hospital S. José	Média	49	52	49	5	7	8	1	20
	N	6	6	6	6	6	6	6	6
Unidade de CP do Hospital S. João	Média	55	44	47	4	4	7	1	17
	N	9	9	9	9	9	9	9	9
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP do Hospital Reynaldo dos Santos	Média	50	45	50	5	4	7		16
	N	5	5	5	5	5	5	5	5

Verificámos uma maior disparidade nos valores de médias de BO entre as unidades estudadas. Este facto é comprovado através dos resultados do teste ANOVA apresentados no Quadro 9.5, indicando que existem diferenças significativas nos valores de BO em função da unidade, ao contrário do que acontece para SC e STS.

Quadro 9.5 - *Teste ANOVA para unidade de cuidados paliativos*

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
SC	Entre Grupos	1093,876	8	136,734	1,433	,200
	Dentro de Grupos	6106,124	64	95,408		
	Total	7200,000	72			
BO	Entre Grupos	1624,729	8	203,091	2,331	,029
	Dentro de Grupos	5575,271	64	87,114		
	Total	7200,000	72			
STS	Entre Grupos	908,957	8	113,620	1,156	,340
	Dentro de Grupos	6291,043	64	98,298		
	Total	7200,000	72			

SEXO

Numa análise às pontuações médias da ProQOL5, segundo o sexo dos participantes, apresentados no Quadro 9.6 observamos os valores 53, 48 e 50 para os homens e 50, 50 e 50 para as mulheres, respectivamente. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos valores de SC, BO e STS em função do sexo. Apesar disso, podemos afirmar que os homens apresentam níveis médios mais altos de SC, níveis médios mais baixos de BO e níveis idênticos de STS, em relação às mulheres.

Quadro 9.6 - *Valores da ProQOL5 e GHQ28 por sexo*

Sexo		SC	BO	STS	Sintomas Somáticos	Ansiedade e insónia	Disfunção Social	Depressão Grave	GHQTotal
Masculino	Média	53	48	50	4	5	7	1	16
	N	8	8	8	8	8	8	8	8
Feminino	Média	50	50	50	5	4	7	1	17
	N	65	65	65	64	65	65	65	64

ESTADO CIVIL

Tal como podemos observar no ver Quadro 9.7, na nossa amostra observamos que: os profissionais solteiros apresentam o nível médio de BO e STS mais alto (tscoreBO = 53, tscoreSTS = 51, N = 24), os divorciados apresentam o nível médio de BO mais baixo (tscore

BO = 46, $N = 9$), um nível alto de SC (tscoreSC = 58, $N = 9$), o único entre todos, associados ao valor mais baixo de queixas relacionadas com a saúde (GHQTotal = 1, $N = 8$); os profissionais que vivem em união de facto apresentam o nível médio mais baixo de SC (tscoreSC = 45, $N = 4$), associado ao maior valor de queixas relacionadas com a saúde (GHQTotal = 21, $N = 4$). Não existem evidências estatísticas para afirmar que os valores de SC, BO ou STS variam em função do estado civil dos participantes.

Quadro 9.7 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por estado civil

Estado Civil		SC	BO	STS	Sintomas Somáticos	Ansiedade e insónia	Disfunção Social	Depressão Grave	GHQTotal
Solteiro	Média	48	53	51	5	4	7	1	17
	N	24	24	24	24	24	24	24	24
Casado	Média	50	49	49	4	5	7	1	17
	N	36	36	36	36	36	36	36	36
Divorciado	Média	58	46	51	5	4	6	2	15
	N	9	9	9	8	9	9	9	8
União de facto	Média	45	52	49	7	5	7	2	21
	N	4	4	4	4	4	4	4	4

IDADE

Considerando o tamanho da amostra e a sua dispersão definimos 2 grupos de escalão etário: o grupo de participantes com 35 ou menos anos e o grupo de participantes com mais de 35 anos (≤ 35 , > 35). Os grupos apresentaram níveis médios de SC, BO e STS muito idênticos. Verificamos, através dos resultados do teste t de Student para grupos independentes já apresentados no Quadro 8.4, que os valores de SC, BO e STS não variam de forma estatisticamente significativa em função da faixa etária dos participantes.

PROFISSÃO

Analisámos a variável profissão considerando 4 grupos: Médicos, Enfermeiros, Assistentes operacionais e o grupo multidisciplinar composto pelos restantes profissionais. Através dos dados presentes no Quadro 9.8 destacamos que: os assistentes operacionais apresentam o nível médio mais alto de BO (tscoreBO = 53, $N = 12$), associado ao maior valor de queixas relacionadas com a saúde (GHQTotal = 20, $N = 11$); os enfermeiros apresentam o nível médio mais alto de STS (tscoreSTS = 52, $N = 33$) e o nível médio mais baixo de SC (tscoreSC = 48, $N = 33$). Através dos resultados do teste ANOVA, verificámos que não existem diferenças significativas nos valores de SC, BO e STS em função da profissão.

Quadro 9.8 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por grupo profissional

Grupo profissional		SC	BO	STS	Sintomas Somáticos	Ansiedade e insónia	Disfunção Social	Depressão Grave	GHQTotal
Médicos	Média	53	48	49	4	5	7	1	16
	N	13	13	13	13	13	13	13	13
Enfermeiros	Média	48	52	52	5	4	7	1	17
	N	33	33	33	33	33	33	33	33
Grupo Multidisciplinar	Média	53	46	48	4	3	7	1	15
	N	15	15	15	15	15	15	15	15
Assistentes Operacionais	Média	49	53	49	5	6	7	3	20
	N	12	12	12	11	12	12	12	11

TEMPO TOTAL DE ACTIVIDADE NA ÁREA DA SAÚDE

Definimos 3 grupos homogéneos: o grupo de profissionais com menos de 5 anos de experiência; o grupo de participantes com 5 a 15 anos de experiência e o grupo de participantes com mais de 15 anos (< 5, 5 - 15, > 15). Não existem diferenças significativas nos valores de SC, BO e STS entre os grupos (Quadro 9.9). Os resultados do teste ANOVA, confirmaram que não existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de SC, BO e STS em função do tempo total de exercício na área da saúde.

Quadro 9.9 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por tempo total de actividade na área da saúde

Experiência na área da saúde		SC	BO	STS	Sintomas Somáticos	Ansiedade e insónia	Disfunção Social	Depressão Grave	GHQTotal
<5	Média	50	49	51	4	4	7	2	15
	N	15	15	15	14	15	15	15	14
5-15	Média	50	50	49	5	4	7	1	17
	N	31	31	31	31	31	31	31	31
>15	Média	50	50	50	5	5	7	1	18
	N	27	27	27	27	27	27	27	27

TEMPO TOTAL DE ACTIVIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Definimos 3 grupos: o grupo de profissionais com menos de 4 anos de experiência em CP, o grupo com 4 a 6 anos e o grupo com mais de 6 anos (< 4, 4 - 6, > 6). Apesar de não haver diferenças nos valores de SC, BO e STS em função do tempo de exercício em cuidados paliativos podemos afirmar, baseando-nos nos dados apresentados no Quadro 9.10, que os profissionais com 6 ou mais anos de experiência apresentam níveis médios de BO e STS mais altos, associado ao valor mais baixo de queixas relacionadas com a saúde (tscoreBO = 52, tscoreSTS = 54, GHQTotal = 22, N = 15). O grupo de profissionais que têm 4 a 6 anos de experiência em cuidados paliativos apresenta o nível médio de SC mais baixo e os menores níveis médios de BO e STS, associados ao menor valor de queixas relacionadas com a saúde.

Quadro 9.10 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por tempo total de actividade em cuidados paliativos

Experiência em cuidados paliativos		SC	BO	STS	Sintomas Somáticos	Ansiedade e insónia	Disfunção Social	Depressão Grave	GHQTotal
<4	Média	49	50	48	5	4	7	1	16
	N	27	27	27	26	27	27	27	26
4-6	Média	53	47	48	4	4	6	1	15
	N	23	23	23	23	23	23	23	23
>6	Média	51	52	54	7	7	7	1	22
	N	15	15	15	15	15	15	15	15

CARGA LABORAL

Definimos 2 grupos: o grupo de profissionais que trabalha menos de 40 horas por semana e o grupo que trabalha 40 horas ou mais (< 40 , ≥ 40). Os grupos apresentam valores médios de SC, BO e STS muito idênticos. Através da análise aos resultados do teste t de Student, apresentados no Quadro 9.11, verificamos que não há variação estatisticamente significativa nos valores médios de SC, BO e STS em função da carga horária semanal.

Quadro 9.11 - Teste t de Student para carga laboral

		Teste de Levene		Teste t de Student		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
SC	Igualdade das variâncias assumida	,095	,759	-,609	70	,545
BO	Igualdade das variâncias assumida	2,018	,160	-,028	70	,978
STS	Igualdade das variâncias assumida	,327	,569	,402	70	,689

TEMPO DE EXPOSIÇÃO AO SOFRIMENTO/EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS

Definimos 2 grupos: o grupo de profissionais que considera expor-se menos de 35 horas por semana ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes e o grupo que considera expor-se a 35 ou mais horas (< 35 , ≥ 35). Através dos dados apresentados no Quadro 9.12 podemos verificar que o segundo grupo apresenta um nível médio de SC mais baixo (tscoreSC = 49, $N = 38$) e níveis médios de BO e STS mais altos (tscoreBO = 51, tscoreSTS = 52, $N = 38$), associados ao maior valor de queixas relacionadas com a saúde (GHQTotal = 18, $N = 37$). Os participantes do primeiro grupo apresentam o maior nível médio de SC e o menor valor de GHQTotal (tscoreSC = 55, GHQTotal = 15, $N = 27$).

Quadro 9.12 - Valores da ProQOL5 e GHQ28 por tempo de exposição ao sofrimento

Tempo de Exposição ao sofrimento		SC	BO	STS	Síntomas Somáticos	Ansiedade e insónia	Disfunção Social	Depressão Grave	GHQTotal
<35	Média	55	48	48	4	4	7		15
	N	27	27	27	27	27	27	27	27
≥35	Média	49	51	52	5	5	7	2	18
	N	38	38	38	37	38	38	38	37

Através dos resultados do teste t de Student, apresentados no Quadro 9.13, podemos afirmar que os valores de BO e STS variam com significância estatística em função do tempo percebido de exposição ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes.

Quadro 9.13 - Teste t de Student para tempo de exposição ao sofrimento/experiências traumáticas

		Teste de Levene		Teste t de Student		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
SC	Igualdade das variâncias assumida	,286	,595	2,635	63	,011
BO	Igualdade das variâncias assumida	5,765	,019	-1,321	63	,191
STS	Igualdade das variâncias assumida	5,981	,017	-1,694	63	,095

STRESS DA RELAÇÃO COM DOENTES EM SOFRIMENTO

Analisámos as frequências de resposta a cada uma das 5 afirmações de concordância relativas ao ponto “9” da primeira parte do instrumento de recolha de dados (ver Quadro 9.14). Na generalidade, uma maioria dos participantes concorda que o stress resultante da relação com doentes em sofrimento afecta aspectos da sua vida profissional e pessoal: cerca de 44% dos participantes considera que o stress resultante da sua relação com os doentes em sofrimento afecta a qualidade dos cuidados prestados e uma percentagem igual de participantes discorda que este stress afecte a qualidade dos seus cuidados; cerca de 52% dos participantes considera que este stress afecta o seu desempenho profissional e 35% dos participantes está em desacordo; cerca de 49% dos participantes considera que este stress afecta a sua satisfação profissional e 38% dos participantes discorda; cerca de 47% dos participantes considera que este stress afecta a sua relação com os colegas de trabalho e 37% dos participantes está em desacordo; cerca de 51% dos participantes considera que o stress resultante da sua relação com os doentes em sofrimento afecta o seu desempenho profissional e 37% dos participantes está em desacordo.

Quadro 9.14 - *Frequências de resposta ao stress da relação com doentes em sofrimento*

Afirmação	Concordância	N	%	% Acumulada
O stress afecta a qualidade dos cuidados	Concordo Fortemente	12	16,4	16,4
	Concordo	20	27,4	43,8
	Nem Concordo Nem Discordo	9	12,3	56,2
	Discordo	26	35,6	91,8
	Discordo Fortemente	6	8,2	100
O stress afecta o desempenho profissional	Concordo Fortemente	10	13,7	13,7
	Concordo	28	38,4	52,1
	Nem Concordo Nem Discordo	9	12,3	64,4
	Discordo	21	28,8	93,2
	Discordo Fortemente	5	6,8	100
O stress afecta a satisfação enquanto profissional	Concordo Fortemente	10	13,7	13,7
	Concordo	26	35,6	49,3
	Nem Concordo Nem Discordo	9	12,3	61,6
	Discordo	23	31,5	93,2
	Discordo Fortemente	5	6,8	100
O stress afecta a relação com os colegas de trabalho	Concordo Fortemente	11	15,1	15,1
	Concordo	23	31,5	46,6
	Nem Concordo Nem Discordo	12	16,4	63,0
	Discordo	21	28,8	91,8
	Discordo Fortemente	6	8,2	100
O stress afecta a vida pessoal e familiar	Concordo Fortemente	11	15,1	15,1
	Concordo	26	35,6	50,7
	Nem Concordo Nem Discordo	9	12,3	63,0
	Discordo	24	32,9	95,9
	Discordo Fortemente	3	4,1	100

Procurámos também perceber, recorrendo ao teste r de Pearson quais as relações de associação entre as respostas a estas afirmações e os valores de SC, BO e STS. Pretendemos verificar se a um aumento nos valores de BO e STS corresponderia uma maior percepção de prejuízo na vida profissional e pessoal e se, pelo contrário, a um aumento dos valores de SC corresponderia a uma menor percepção de prejuízo profissional e pessoal resultante daquele stress. Verificámos, analisando os dados de correlação apresentados no Quadro 9.15, que existem correlações positivas estatisticamente significativas entre os valores das respostas e os valores de BO e STS e correlações negativas entre estas e SC, estatisticamente significativas ao nível da 2ª ($r = -.233$, $p < .05$), 3ª ($r = -.289$, $p < .05$) e 5ª ($r = -.302$, $p < .01$) afirmações.

Quadro 9.15 - *Valores de correlação r de Pearson entre ProQOL5 e stress da relação com doentes em sofrimento*

	O stress afecta a qualidade dos cuidados	O stress afecta o desempenho profissional	O stress afecta a satisfação enquanto profissional	O stress afecta a relação com os colegas de trabalho	O stress afecta a vida pessoal e familiar
SC	-,132	-,233	-,289	-,173	-,302
BO	,374	,324	,377	,350	,279
STS	,469	,407	,496	,422	,429

A amostra é constituída por 73 profissionais de diferentes áreas do cuidar, provenientes de 9 unidades de cuidados paliativos, geograficamente dispersos pelo território nacional. O grupo profissional mais representado é o dos enfermeiros, seguido dos médicos, assistentes operacionais, psicólogos, assistentes sociais e por fim pelos fisioterapeutas e capelões. A média de idades dos participantes é de 39 anos. Estes possuem em média 15 anos de experiência profissional na área da saúde e 5 anos de experiência profissional em cuidados paliativos. Estes profissionais consideram estar expostos ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes em média 35 horas semanais.

Após termos verificado a normalidade das distribuições das dimensões da ProQOL5 e GHQ28, procedemos a uma série de análises sobre os dados da amostra de modo a testar a validade da versão portuguesa da ProQOL5 para os profissionais dos cuidados paliativos. A primeira foi o estudo das propriedades psicométricas da ProQOL5. Recorrendo aos testes alfa de Cronbach e r de Pearson, verificámos valores de consistência interna e de associação entre as dimensões do instrumento próximos dos encontrados na versão original. Tal como Beth Stamm, para a versão original, também não encontrámos, recorrendo aos testes t de Student e ANOVA, diferenças significativas nos valores das subescalas SC, BO e STS em função das variáveis sexo, idade, tempo total de actividade na área da saúde e tempo total de actividade em cuidados paliativos. Os pontos de corte obtidos para a nossa amostra são muito próximos aos calculados para a ProQOL5 original. Também verificámos óptimos valores de alfa de Cronbach para todas as dimensões da GHQ28. A segunda análise realizada para verificar a validade da versão adaptada da ProQOL5 foi o estudo de análise factorial exploratória, tendo-se verificado que o dimensionamento em 3 dimensões, proposta por Stamm na versão original, também pode ser aceite nesta versão, pois obtivemos uma extracção de até 8 factores em que 3 explicam 49.3% da variância e a eliminação dos itens com menor carga factorial não trouxe melhorias na análise ou valores de consistência interna superiores. A terceira análise foi o estudo de validade concorrente da ProQOL5 usando os resultados da GHQ28. Confirmámos, através dos valores de associação entre as dimensões dos dois instrumentos, obtidos com o recurso aos testes de correlação, que a valores mais elevados de SC correspondem valores mais baixos de queixas relacionadas com a saúde e que em oposição, valores mais elevados de BO e STS, correspondem a um aumento destas queixas.

Posteriormente ao estudo de validade da versão portuguesa da ProQOL5, procedemos a um estudo sobre a fadiga por compaixão analisando também os valores de SC, BO e STS segundo as variáveis estudadas. Analisando os dados da nossa amostra observámos que cerca de 82,8% dos participantes apresentam níveis moderados a altos de SC, 72,6% dos participantes apresenta níveis moderados a altos de BO e 67,1% apresenta níveis moderados a altos de STS (24% apresenta nível alto). Analisando os níveis de SC e BO dos 18

profissionais identificados com nível elevado de STS, verificámos que 5 apresentam baixo nível de SC, 10 apresentam nível médio de SC e 3 apresentam um nível alto de SC, e também verificámos que 2 apresentam baixo nível de BO, 8 apresentam nível moderado de BO e 8 apresentam nível alto de BO. Analisando os dados de frequência dos casos que apresentam nível alto de STS, segundo as variáveis independentes, destacamos que: 16 profissionais são do sexo feminino e 2 do sexo masculino; 8 são solteiros, 8 são casados, 1 divorciado e 1 vive em união de facto; 9 são enfermeiros, 3 são médicos, 2 são assistentes sociais, 2 assistentes operacionais, 1 é fisioterapeuta, e 1 é capelão; 8 desses profissionais trabalham há mais de 15 anos na saúde e que 5 trabalham há menos de 5; 3 trabalham há mais de 6 anos em cuidados paliativos e 6 trabalham há menos de 4 anos; a grande maioria destes considera estar 35 ou mais horas expostos ao sofrimento/ experiências traumáticas dos doentes.

Recorrendo aos testes de comparação entre médias, apenas verificámos a existência de diferenças nos valores de BO em função do local de trabalho e de BO e STS em função do tempo percebido de exposição ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes. Dos resultados obtidos destacamos os seguintes: uma das 9 unidades estudadas representa um contexto de risco considerável, cujos profissionais apresentam um nível alto de BO, o mais elevado entre as unidades de cuidados paliativos, o segundo nível médio mais alto de STS e o nível médio mais baixo de SC; os homens apresentam um nível médio de SC mais alto, um nível médio de BO mais baixo, e um nível médio de STS idêntico, em relação às mulheres; os profissionais solteiros apresentam os níveis médios mais altos de BO e STS, os divorciados são os que apresentam o nível médio de BO mais baixo e são também o único grupo de profissionais que apresenta um nível alto de SC e aqueles que vivem em união de facto apresentam o nível médio de SC mais baixo; os assistentes operacionais são o grupo profissional que apresenta o nível médio de BO mais alto, os enfermeiros apresentam o nível médio de STS mais alto e o nível médio de SC mais baixo; os profissionais com 6 ou mais anos de experiência em cuidados paliativos apresentam os mais altos níveis médios de BO e STS, associados ao valor mais baixo de queixas relacionadas com a saúde e o grupo de profissionais com 4 a 6 anos de experiência em cuidados paliativos apresenta o nível médio de SC mais alto e o nível médio de BO e STS mais baixo, associados ao menor valor de queixas relacionadas com a saúde; os profissionais que consideram estar expostos, 35 ou mais horas por semana, ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes apresentam o menor nível médio de SC e os maiores níveis médios de BO e STS, associados ao maior valor de queixas relacionadas com a saúde enquanto os menos expostos apresentam o maior nível médio de SC e o menor valor de queixas relacionadas com a saúde; uma maioria dos participantes considera que o stress resultante da exposição ao sofrimento dos doentes afecta aspectos da sua vida pessoal e profissional. Também verificámos que a um aumento nos valores de BO e STS corresponde uma maior percepção de prejuízo na vida profissional e pessoal e que, pelo contrário, a um aumento dos valores de SC corresponde uma menor percepção de prejuízo profissional e pessoal.

PARTE IV - DISCUSSÃO

Nesta parte do documento procedemos a uma análise sobre o processo de tradução e adaptação cultural da ProQOL5 e discutimos os resultados do estudo de validade da ProQOL5 e do estudo da fadiga por compaixão no contexto dos cuidados paliativos. Ao longo desta discussão serão abordadas as dificuldades encontradas no decorrer do processo de investigação e enunciadas as limitações do estudo.

Neste estudo propusemo-nos contribuir para a validação, para a população portuguesa, de uma ferramenta que permitisse identificar e monitorizar a fadiga por compaixão nos profissionais de saúde dos cuidados paliativos, fenómeno de exaustão pouco conhecido em Portugal, e que muitos autores consideram ter um impacto importante quer na vida dos profissionais, quer ao nível das instituições de saúde. Nesse sentido, procedemos à tradução e adaptação da escala “Professional Quality of Life”, na sua versão 5, da Autoria de Beth Stamm, pelo seu estatuto de instrumento mais utilizado e validado a nível global na avaliação daquele fenómeno.

11.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO CULTURAL DA PROQOL5

A autora do instrumento concordou com a nossa proposta para realizar a adaptação da ProQOL5 naquele contexto, tendo fornecido a autorização e toda a documentação associada ao instrumento. Durante o processo contribuiu com sugestões e propostas de melhoria na tradução através da revisão comparativa entre a versão original e a retroversão. Todo o processo de adaptação transcultural da ProQOL5 decorreu dentro dos prazos previstos em projecto de investigação. O pré-teste, realizado no Serviço de Medicina Interna incluindo uma amostra multidisciplinar composta por 36 participantes, permitiu-nos perceber o bom nível de entendimento das afirmações traduzidas, e verificar bons indicadores de consistência interna através dos valores de alfa de Cronbach, apesar do ainda desajustamento relativo ao item 29. Ao incluir um espaço para explicitação de dúvidas e apresentação de sugestões, o pré-teste permitiu-nos também identificar aspectos passíveis de melhoramento, nomeadamente na parte das questões sociodemográficas.

11.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RESULTADOS DO ESTUDO DE VALIDADE DA PROQOL5

Realizámos também um estudo de validade da versão adaptada no contexto dos cuidados paliativos em Portugal. Para este estudo da versão portuguesa da ProQOL5, procurámos obter, junto da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, uma listagem das unidades de cuidados paliativos por ela consignadas. Desta lista faziam parte 19 unidades, cujos profissionais constituíram a população do nosso estudo. Conhecendo o número reduzido de profissionais integrantes dessas unidades, optámos por uma amostragem intencional, e endereçámos pedidos de autorização para recolha de dados a todas as unidades listadas. Fomos autorizados a recolher dados em 9 unidades, tendo sido negados entre outros, os pedidos para os IPOFG de Coimbra e Porto. Pensamos que a não inclusão destas duas

unidades no nosso estudo, ambas unidades de internamento constituídas por um grande número de profissionais, tenha afectado em grande medida o tamanho final da amostra, pois conhecendo a taxa final de participação (62%), parece-nos que poderíamos ter obtido um número de participantes acima de 100, mais próximo dos 150 que havíamos projectado. Apesar desta dificuldade pensamos que o número de participantes se adequa à consecução do estudo a que nos propusemos inicialmente. A nossa amostra constituiu-se por profissionais de diversas áreas do cuidar, numa relação de proporção que pensamos ser normal nas equipas de cuidados paliativos. No que respeita às propriedades da versão portuguesa da ProQOL5, pensamos ter obtido resultados animadores, comparando-os com os da versão original. Obtivemos bons valores de consistência interna, semelhantes aos originais, tendo mesmo obtido um valor de alfa mais elevado para a subescala que avalia o stress traumático secundário (Quadro 11.1).

Quadro 11.1 - Valores de α de Cronbach entre versões da ProQOL5

Componente	ProQOL5 versão original (Stamm 2009) [®]	ProQOL5 versão portuguesa Pré-teste (Carvalho e Sá 2011) [©]	ProQOL5 versão portuguesa Estudo de Validade (Carvalho e Sá 2011) [®]
SC	0,88	0,60	0,86
BO	0,75	0,63	0,71
STS	0,81	0,68	0,83

Os nossos resultados também confirmam as associações existentes entre os fenómenos avaliados pela ProQOL5 encontradas por Stamm. Verificámos associações negativas entre SC e os restantes fenómenos, sendo que no nosso estudo, estas apresentam-se significativamente mais fortes que as correspondentes na versão original (Quadro 11.2). Estes dados permitem-nos sugerir, tal como fez a autora da versão original, que pela força das correlações, a satisfação por compaixão poderá representar um fenómeno protector do profissional e que funciona como um filtro nos períodos de exposição aos factores facilitadores de burnout e do stress traumático secundário. Também confirmámos uma associação positiva entre BO e STS, semelhante à verificada na versão original, mas com uma covariância entre os fenómenos, maior no nosso estudo (Quadro 11.3). Estes resultados confirmam a sugestão de que estes dois fenómenos apesar de distintos partilham uma mesma orientação e alguns aspectos de stress.

Quadro 11.2 - Valores de associação de SC com BO e STS entre versões da ProQOL5

		ProQOL5 versão original (Stamm 2009) [®]		ProQOL5 versão portuguesa (Carvalho e Sá 2011) [®]	
		BO	STS	BO	STS
SC	Correlação r	-0,140	-0,230	-0,637	-0,248

Quadro 11.3 - Valores de associação de BO com STS entre versões da ProQOL5

ProQOL5 versão original (Stamm 2009)®		ProQOL5 versão portuguesa (Carvalho e Sá 2011)®
STS		STS
BO	Correlação <i>r</i>	0,580
	Co-variância %	34
		55

Procurámos também perceber se os valores médios relativos a SC, BO e STS apresentariam diferenças em função do sexo, idade, tempo total de actividade na área da saúde e tempo total de actividade em cuidados paliativos dos participantes. Tal como para a versão original, também na nossa análise não se verificaram dados estatísticos que permitissem afirmar tais diferenças. Outro resultado interessante foi o conjunto de pontos de corte obtidos na nossa amostra para as pontuações das 3 subescalas da versão portuguesa da ProQOL5, também eles aproximados aos obtidos pela versão original (Quadro 11.4).

Quadro 11.4 - Pontos de corte entre versões da ProQOL5

ProQOL5 versão original (Stamm 2009)®					ProQOL5 versão portuguesa (Carvalho e Sá 2011)®		
		SC	BO	STS	SC	BO	STS
Percentis	25	44	43	42	44	42	41
	50	50	50	50	50	50	49
	75	57	56	56	59	56	57

Os resultados da análise factorial mostraram que 3 factores explicariam 49% da variância. Pensamos que o facto desta análise não forçada ter mostrado a possibilidade de obter 8 factores explicativos se deve à cumplicidade entre os fenómenos de BO e STS e à já referida partilhada co-variância. Os resultados de associação encontrados no nosso estudo de validade concorrente entre a ProQOL5 e a GHQ28, permitiu-nos comprovar que a um aumento dos valores de SC corresponde uma diminuição nas queixas relacionadas com a saúde, e ao mesmo tempo, a um aumento nos valores de BO e STS corresponde um aumento nas queixas relacionadas com a saúde (Quadro 11.5). Estes dados permitem-nos confirmar os sentidos das relações, defendidos por Stamm, entre os fenómenos avaliados pela ProQOL5.

Quadro 11.5 – Tipos de relação entre valores de ProQOL5 e GHQ28

ProQOL5	GHQ28
↑ SC	↓ Queixas relacionadas com a saúde
↑ BO	↑ Queixas relacionadas com a saúde
↑ STS	↑ Queixas relacionadas com a saúde

Pensamos que uma limitação importante do nosso estudo de validade da ProQOL5 tenha sido a impossibilidade de realizar um re-teste na aplicação do instrumento, para podermos aferir quanto ao aspecto da sua estabilidade, ou seja, a sua validade em momentos cronologicamente diferentes.

11.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO DA FADIGA POR COMPAIXÃO

Como já foi referido anteriormente a ProQOL5 terá mais vantagens se for utilizada de forma repetida ao longo do tempo, pois a resposta às afirmações poderá ser influenciada por factores indesejados como alterações nos estados de humor ou de pressões no trabalho momentâneos. É importante, portanto, considerar esta possibilidade quando avaliamos os resultados obtidos.

Em termos individuais, comparando os valores médios de SC, BO e STS obtidos, com os pontos de corte da ProQOL5 considerados por Stamm (2010), verificámos que uma grande percentagem dos profissionais apresentava níveis médios a altos de SC, uma grande percentagem apresentava níveis médios a altos de BO e uma grande percentagem (67.1%) apresentava um nível médio a alto de STS, 24% ($N = 18$) dos quais apresentava nível alto. Verificámos que 75.8% dos enfermeiros da amostra apresentaram níveis médios a altos de fadiga por compaixão, 27.3% dos quais apresentaram nível alto. Estes resultados obtidos em unidades de cuidados paliativos de tipologias diferentes são muito semelhantes aos apresentados por Abendroth e Flannery (2006), no seu estudo de FC em enfermeiros que trabalhavam em “hospices”.

Como já referimos 18 dos profissionais da amostra apresentam um nível alto de STS. Tal como esperávamos, verificámos que 5 desses casos estão associados a baixos níveis de SC, no entanto, em 3 deles associam-se altos níveis de SC, o que supõe que os profissionais, apesar dos altos níveis de satisfação, poderão apresentar simultaneamente altos níveis de fadiga por compaixão, ou seja, apesar do profissional sentir que realiza um bom trabalho e que o trabalho é importante, este é afectado por medos relativos ao seu envolvimento com os doentes, apresentando revivência de pensamentos, sentimentos e memórias relacionados com as experiências traumáticas desses doentes. Também constatámos, ainda relativamente àqueles 18 profissionais, que na maior parte dos casos estão associados níveis médios a elevados de BO. Segundo Stamm (2010), este contexto é extremamente stressante, pois quando se verifica uma conjugação de altos níveis de BO e STS, associada a baixos níveis de SC, significa que para além do profissional se sentir inútil e esgotado no contexto do seu trabalho, também sente que este lhe provoca sentimentos de medo resultantes do seu envolvimento com os doentes.

Também considerámos interessante o facto de termos verificado, tal como supúnhamos, que para além dos enfermeiros também outros profissionais que trabalham com

doentes em sofrimento apresentam níveis importantes de FC, tais como, assistentes operacionais, assistentes sociais e mesmo capelões e fisioterapeutas. Os casos de FC de nível médio e alto verificados em enfermeiros confirmam os achados descritos em outros estudos já realizados. Outro achado relevante é o facto de que os participantes que apresentam níveis altos de FC, são na sua grande maioria aqueles profissionais que consideram estar mais tempo expostos ao sofrimento dos clientes, confirmando-se a teoria de Figley (1995) de que a fadiga por compaixão depende da exposição prolongada ao stress traumático secundário. Com menor relevância e sem significância estatística, observámos também: mais casos de altos níveis de FC em mulheres; casos de FC tanto em profissionais solteiros, casados, divorciados ou a viver em união de facto; casos de FC em ambos os grupos etários definidos; casos de FC em todos os grupos de tempo de actividade, tanto na área da saúde como em cuidados paliativos; e casos de FC tanto em profissionais que trabalham até 40 horas por semana como nos que trabalham 40 ou mais horas.

Em termos grupais também observámos alguns resultados interessantes. Realizando uma análise por unidade de cuidados paliativos, verificámos que a maior parte destas unidades apresenta níveis médios muito semelhantes de SC, BO e STS entre si. Verificámos, no entanto, que na nossa amostra, os valores de BO variaram com significado estatístico em função da unidade de cuidados paliativos, tendo-se verificado que uma delas parece representar um ambiente de risco alto para burnout, associado também ao maior valor de queixas relacionadas com a saúde, entre as unidades estudadas. Verificámos também que os enfermeiros são o grupo profissional que apresenta o mais alto nível médio de STS, o que sugere apesar de não termos dados que o comprovem, que o tipo de relação profissional que se estabelece com os doentes influencia o nível de exposição ao fenómeno, apresentando-se os enfermeiros como aqueles profissionais que, derivado das suas funções e abordagem holística, estabelecem um tipo de envolvimento mais complexo, mais empático e por isso, com maior risco. Observámos também que os profissionais divorciados apresentam o menor nível de BO e um nível alto de SC, o maior entre todos os grupos de situação civil. Tendo em conta a frequência de profissionais divorciados em relação a outros, e sem conhecermos outro tipo de factores associados, não conseguimos encontrar uma justificação para este facto. Também observámos que os valores de BO e STS variam em função do tempo percebido de exposição ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes. Verificámos que os profissionais que consideram estar 35 ou mais horas expostos ao sofrimento dos doentes apresentam níveis mais elevados de BO e STS. Este resultado poderá ter dois tipos de interpretação: a primeira interpretação é que estes profissionais têm tendência a perceberem o tempo de maneira diferente, por apresentarem algum nível de exaustão; e a segunda é que estes profissionais estão realmente mais tempo expostos e por isso apresentam maiores níveis de BO e STS. Tendo em conta que o valor de tempo desta variável é subjectivo, ou seja, dependente da percepção individual dos participantes, o sentido desta associação não é possível de definir sem o estudo de outras variáveis. Também verificámos que os valores de STS não variam em função de nenhum outro factor. Supomos que para além do tempo de

exposição ao sofrimento que as variações nas pontuações individuais de STS, se possam dever a factores pessoais ou profissionais, que não foram considerados neste estudo. Verificámos ainda que os valores de SC não variam com significado estatístico em função de nenhuma das variáveis independentes estudadas. Por último, percebemos, através dos resultados obtidos, que a valores de BO e STS mais elevados e a valores de SC mais baixos corresponde a percepção de menor qualidade de cuidados prestados, desempenho profissional e satisfação profissional, de menor qualidade nas relações entre colegas e de menor qualidade em aspectos da vida pessoal e familiar.

11.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Respondendo à questão de investigação do nosso estudo, tendo em conta as variáveis estudadas e os resultados obtidos, podemos afirmar que existe fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em níveis médios e altos, não só em enfermeiros como em outros profissionais dos cuidados paliativos. Podemos afirmar também que a fadiga por compaixão, na nossa amostra, não mostrou depender de factores pessoais como o sexo, idade, estado civil, nem de factores profissionais como a carga laboral e tempo de exercício profissional quer na área da saúde como especificamente em cuidados paliativos. A fadiga por compaixão parece verificar-se com maior incidência em profissionais que consideram estar 35 e mais horas expostos ao sofrimento/experiências traumáticas dos doentes.

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo pretendíamos adaptar e validar, para a população portuguesa, uma ferramenta que permitisse avaliar o fenómeno da fadiga por compaixão. Associado, pretendíamos perceber os níveis de fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal. Considerando os objectivos e procurando ser sintéticos, concentrámo-nos mais nos primeiros dois, tanto em termos de enquadramento teórico, como em termos de definição e execução do estudo, ou seja, dedicámo-nos mais na adaptação cultural e no estudo de validade da ProQOL5, que na definição dos termos e na exploração das causas e associações referentes ao fenómeno em si. Parece existir alguma controvérsia em torno da definição deste fenómeno, pela sua semelhança com outros constructos, tais como contratransferência, trauma vicariante, stress moral ou contágio emocional. Não obstante o facto de se ter realizado um estudo quantitativo, pensamos que também seria interessante, em estudos futuros, realizar uma análise à concepção fenomenológica do conceito da fadiga por compaixão.

Conhecendo o tamanho da amostra e as limitações deste estudo, o conjunto de resultados do estudo das propriedades psicométricas entre a versão adaptada e original do instrumento, o conjunto de resultados da análise factorial e de validade concorrente, e os achados do estudo da fadiga por compaixão, permitem-nos sugerir que a versão adaptada da ProQOL5 apresenta uma boa validade para a avaliação do fenómeno em profissionais dos cuidados paliativos. Pensamos também, tendo em conta que encontrámos uma associação entre a fadiga por compaixão e a percepção de tempo de exposição ao sofrimento/experiências traumáticas, que esta versão portuguesa poderá ser utilizada noutros contextos de cuidados, em que os profissionais experienciem situações de doença terminal e morte, sofrimento físico e psicológico dos doentes e seus familiares. Pensamos ainda que dada a natureza geral dos seus conceitos e vocábulos, este instrumento possa ser, tal como a versão original, aplicado em outros ajudantes que no decorrer da sua actividade lidem com pessoas que vivenciaram situações traumatizantes como guerra, crimes, catástrofes, acidentes ou maus-tratos.

Tendo em conta que pretendíamos confirmar a existência de fadiga por compaixão em profissionais dos cuidados paliativos em Portugal, e havendo confirmado tal situação, pensamos que também seria importante explora-lo de forma mais aprofundada, analisando a relação de FC com outros factores não incluídos no nosso estudo, como aqueles referidos por Figley, tais como alterações no estilo de vida, autocuidado ou doença e recorrendo a uma amostra de maior dimensão, tanto ao nível do número de participantes como do número de unidades. Pensamos que também seria relevante em estudos futuros medir fielmente o tempo de exposição ao sofrimento/experiências traumáticas e incluir variáveis que identifiquem especificamente os prejuízos da fadiga por compaixão nos aspectos pessoais, profissionais e a nível dos cuidados oferecidos e ao nível do funcionamento das instituições.

REFERÊNCIAS

- Abendroth, Maryann, e Jeanne Flannery. "Predicting the risk of compassion fatigue: a study of hospice nurses." *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2006: 346-356.
- Beaton, Randal D., e Shirley A. Murphy. "Working with people in crisis: research implications." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 51-81. New York: Routledge, 1995.
- Beck, Cheryl Tatano. "Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review." *Archives of Psychiatric Nursing*, 2010: 1-10.
- Bride, Brian E., Melissa Radey, e Charles R. Figley. "Measuring Compassion Fatigue." *Clinical Social Work Journal*, 2007: 155-163.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. *Priberam*. 2010. <http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx?pal=empatia> (acedido em 13 de 11 de 2011).
- DiGiulio, Joan Ferry. "A more human workplace: responding to child welfare worker's personal losses." *Child Welfare*, Julho/Agosto 1995: 877-887.
- Direcção Geral de Saúde. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005.
- Direcção Geral de Saúde. *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008*. Estatísticas, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2008.
- Dutton, Mary Ann, e Francine L. Rubinstein. "Working with people with PTSD: research implications." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 82-100. New York: Routledge, 1995.
- European Agency for Safety and Health at Work. *Mental Health Promotion in the Health Care Sector*. 21 de 10 de 2009. <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact46/view> (acedido em 11 de 02 de 2011).
- European Agency for Safety and Health at Work. *OSH in Figures: stress at work - facts and figures*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009.
- European Association for Palliative Care. "White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1." *European Journal of Palliative Care* 16 (2009): 278-289.


- Faragher, A. B., M. Cass, e C. L. Cooper. "The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis." *Occupational & Environmental Medicine*, 2005: 105-112.
- Figley, Charles R. "Compassion Fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 1-20. New York: Routledge, 1995.
- Figley, Charles R. *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Routledge, 1995.
- Figley, Charles R. "Epilogue: the transmission of trauma." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 248-254. New York: Routledge, 1995.
- Figley, Charles R. *Treating compassion fatigue*. New York: Routledge, 2002.
- Florio, Christine. *Burnout & Compassion Fatigue: A guide for Mental Health Professionals and Care Givers*. Lexington, KY, USA: CreateSpace, 2010.
- Hooper, Crystal, Janet Craig, David R. Janvrin, Margaret A. Wetsel, e Elaine Reimels. "Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties." *Journal of Emergency Nursing*, 2010: 420-427.
- ISPOR TCA Task Force. "Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation." *Value in Health*, 2005: 94-104.
- Jamieson, Liz, Emma Teasdale, Alison Richardson, e Amanda Ramirez. "The Stress of Professional Caregiving." In *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, de Geoffrey Hanks, Nathan I. Cherney, Nicholas A. Christakis, Marie Fallon, Stein Kaasa e Russell K. Portenoy, 1445-1452. New York: Oxford University Press, 2010.
- Lago, Costa Kennyston. *Fadiga por Compaixão: Quando Ajudar Dói*. Tese de Mestrado, Brasília: Universidade de Brasília: Instituto de Psicologia, 2008.
- McHolm, Fran. "Rx for Compassion fatigue." *Journal for Christian Nursing* 23 (2006): 12-19.
- Pedras, Carla Susana Abreu. *Variáveis de Saúde, Familiares e de Psicoterapia em Filhos de Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa*. Tese de Mestrado em Psicologia, Universidade do Minho, 2009.

- Pereira, Maria Graça. "Impacto e avaliação do stress traumático na família: Perturbação Secundária de Stress Traumático." In *Stress traumático : aspectos teóricos e intervenção*, de Maria Graça Pereira e João Monteiro Ferreira, 261. Lisboa: Climepsi, 2003.
- Potter, Patricia , et al. "Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses." *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14 (Outubro 2010): E58-E62.
- Ribeiro, José Luis Pais, e Sónia Antunes. "Contribuição para o estudo de adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens." *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Junho de 2003: 37-45.
- Rothschild, Babette. *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York: W.W. Norton & Company, 2006.
- Rourke, Mary T. "Comapassion fatigue in pediatric palliative care providers." *Pediatric Clinics of North America*, 2007: 631-644.
- Sabo, Brenda. "Reflecting on the concept of compassion fatigue." *MedsCape*. 2011. <http://www.medscape.com/viewarticle/745292> (acedido em 18 de 11 de 2011).
- Santalha, Mariana Raquel Prior, e Joaquim Coimbra. *Linhas telefónicas de ajuda: o mundo de quem lhes dá voz*. Tese de Mestrado em Psicologia, Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade do Porto, 2009.
- Smith, Patricia. *To weep for a Stranger: Compassion Fatigue in Caregiving*. Tennessee: USA: Compassion Fatigue Awareness Project, 2009.
- Stamm, Beth Hudnall. *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org, 2010.
- Thompson, Rosemary. "Compassion Fatigue: The Professional liability for caring too much." *Public Entity Risk Institute* . 2003. <https://www.riskinstitute.org/peri/images/file/CompassionFatiguePERISymposiumPaper.pdf> (acedido em 18 de 11 de 2011).
- Yassen, Janet. "Preventing secondary traumatic stress disorder." In *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, de Charles R. Figley, 178-208. New York: Routledge, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Autorização para fins de tradução e adaptação da ProQOL5

Data: Tue, 1 Feb 2011 15:37:33 -0500 [01-02-2011 20:37:33 WET]
De: "ProQOL.org Online Support" <proqolorg@gmail.com>
Para: corta@portugalmail.pt
Assunto: Re: ProQOL 5 Translation Permission
Parte(s):  Permission for Translation of the ProQOL.pdf 82 KB 

Dear Pedro,

Sorry for the delay, here is the document for permission to translate. We are happy to discuss words and how best to interpret them. Please keep in touch and let us know of your progress.

Best,

Susan

On Mon, Jan 24, 2011 at 5:03 PM, Beth Hudnall Stamm <bhstamm@ida.net> wrote:

Hi,

It is good to hear from you. I have forwarded your note to the proqolorg@gmail.com website so we can get the documents you need from us. We keep everything there now so it is systematized. Either Susan or I will get back with you tomorrow. For now, go for it! I am happy you are going to do this and look forward to adding it to our translation collection.

Cheers,

Beth

Good Evening Beth,

Following my previous contact i would like to tell that i've decided to translate to to European Portuguese, culturarly adapt and validate the Proqol version 5 to Portuguese Population (Portugal).

For so i must request your permission to do it.

Please tell me what i have to do formally speaking.

I realise there is a permission request at your internet site, but i thought it would be more appropriate to ask by this mean.

I ask for your permission to use the scale for translation and for research matter i would appreciate if you could send me a formal certified document representing that permission to include in my master project.

And for sure i may need your help during the process in some kind of interpretation or for certain item, word, meaning explanations and i'm asking your help for that too.

Hope earing from you soon,

I'm thrilled with the possibility to work with you,

Best regards,

Pedro Carvalho

Studying for Master Degree in Palliative Care,
Portuguese Catholic University

Permission for Translation of the ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue)
www.proqol.org

Accompanied by the email to you, this document grants you permission to translate the ProQOL.

The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue) www.ProQOL.org.

We ask that you do two things in regard to your translation:

1. Let us help you as you work on your translation. While we may not be able to find someone with expertise in your particular language, we can discuss with you what words might mean and how best to translate them.
2. That you provide us with a copy of your translated ProQOL so that we may share it with others.

The ProQOL website has a page to recognize the contributions that people have made to the development of the measure. The like includes people's names and if they like, their organization and country. If you would like to be recognized for your contribution to the ProQOL, please send us your name as you would like it posted on the website. Include your organization and country if you like.

Prior to beginning your project and at the time of any publications, please verify that you are using the latest version by checking the website. All revisions are posted there. If you began project with an earlier version, please reference both to avoid confusion for readers of your work.

This permission covers non-profit, non-commercial uses and includes permission to reformat the questions into a version that is appropriate for your use. This may include computerizing the measure.

Please print the following reference or credit line in all documents that include results gathered from the use of the ProQOL.

Stamm, B. H. (2010). The ProQOL (*Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue*). Pocatello, ID: ProQOL.org. retrieved [date] www.proqol.org

Permission granted by
Beth Hudnall Stamm, PhD
Author, ProQOL
ProQOL.org
info@proqol.org

Help us help all of us. Please consider donating a copy of your raw data to the data bank. You can find more about the data bank and how you can donate at www.proqol.org and www.proqol.org/Donate_Data.html. Data donated to the ProQOL Data Bank allow us to advance the theory of compassion satisfaction and compassion fatigue and to improve and norm the measure itself.

APÊNDICE B

Póster:

“Estudo da Fadiga por compaixão nos cuidados paliativos: Tradução e Adaptação cultural da Professional Quality of Life”



Estudo da Fadiga por Compaixão nos cuidados paliativos: Tradução e Adaptação Cultural da Escala “Professional Quality of Life 5” (Projecto de Investigação)

Nos cuidados de saúde, existem elementos stressantes que emergem especificamente da relação com o doente e que podem fugir ao controlo dos profissionais. A exposição prolongada a situações de intenso sofrimento, dor, angústia e morte pode levar a um estado de exaustão denominado fadiga por compaixão ou stress traumático secundário. Este fenómeno é uma resposta comportamental e emocional natural que resulta de ajudar ou desejar ajudar alguém traumatizado ou em sofrimento (Florio, 2010). Em Portugal desconhecem-se estudos que tenham feito a avaliação deste fenómeno, pelo que se mantém praticamente desconhecido. Um dos instrumentos mais usados internacionalmente para a sua avaliação é o “Professional Quality of Life Scale” (Stamm, Larsen, & Davis, 2004). Este instrumento tem sido melhorado e aperfeiçoado. A versão mais actual é a versão 5, composta por 30 itens, dividida em três dimensões com 10 itens cada: Satisfação por Compaixão (SC); Burnout (BO) e Stress Traumático Secundário (STS). As dimensões BO e STS, variam no mesmo sentido, enquanto que a dimensão SC varia em sentido contrário a BO e STS. Neste estudo são apresentados os primeiros resultados do pré-teste, ainda em curso, às qualidades psicométricas da escala, como forma de preparação para um estudo mais alargado que visa a adaptação desta ao contexto dos cuidados paliativos em Portugal.

Contribuir para a melhoria do conhecimento sobre a fadiga por compaixão nos profissionais de saúde em geral e dos cuidados paliativos em particular;
Testar a primeira versão portuguesa da escala “Professional Quality of Life 5”.

Solicitámos autorização à autora da escala, Beth Stamm, para adaptação cultural e seguimos a orientação do manual de utilização da mesma (Stamm, 2010). Realizámos a tradução e adaptação cultural do instrumento ao contexto nacional. Para o efeito, reunimos um grupo de peritos com experiência em tradução de instrumentos de medida. A tradução reconciliada foi retrotraduzida por um profissional em tradução técnica na área da saúde e enviá-mo-la à autora, Beth Stamm, para apreciação. Está em curso a recolha de dados para a realização de um primeiro teste à ProQOL5. Utilizámos os primeiros dados do teste recolhidos numa amostra de médicos, enfermeiros e assistentes operacionais dos Serviços de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.. Realizámos o estudo da fidelidade através da análise de consistência interna recorrendo ao teste Alpha de Cronbach.

Num primeiro teste à versão portuguesa do ProQOL5 inquirimos 24 profissionais de saúde. A amostra é constituída por 14 enfermeiros, 7 médicos e 3 assistentes operacionais, 5 são do sexo masculino e 16 do sexo feminino. A média de idades é 31,2 anos. As mulheres apresentam valores médios mais elevados de STS (22,5) comparativamente aos homens (20,8). Os assistentes operacionais, comparativamente aos médicos e aos enfermeiros, são os que apresentam valores médios mais elevados nas três dimensões do ProQOL5: 37,5 para SC; 28,6 para BO e 24,7 para STS. A análise de consistência interna do ProQOL5 revela que o valor do Alpha de Cronbach para a escala total é 0,57; para a dimensão Satisfação por Compaixão o valor do alpha é 0,60; para o Burnout é 0,63; e para o Stress Traumático Secundário é 0,68. Quanto à associação entre as dimensões da escala, as duas que concorrem para negatividade (BO e STS) apresentam uma correlação positiva e significativa ($r=0,467$; $p=0,05$); Estas dimensões correlacionam-se de forma negativa com a Satisfação por Compaixão: Burnout correlaciona-se com Satisfação por Compaixão ($r=-0,411$; $p=0,05$) e Stress Traumático Secundário correlaciona-se com Satisfação por Compaixão ($r=-0,177$) sem significado estatístico.

Tal como noutros estudos, também na nossa amostra, os profissionais que apresentam maiores níveis de Fadiga por Compaixão são as mulheres. As análises preliminares indicam que esta escala poderá vir a revelar um bom comportamento na avaliação do construto que pretende medir. Apresenta, para uma amostra tão pequena, valores de consistência interna razoáveis que importa confirmar com amostras maiores. Ainda que conscientes das limitações que o tamanho da amostra acarreta para uma análise desta natureza, parece-nos que, a avaliar por este primeiro exercício à versão portuguesa do ProQOL5, e tendo em atenção a comparação com os resultados de outros estudos, este instrumento poderá vir a ser um bom recurso na monitorização da fadiga por compaixão. Propomo-nos dar continuidade a este estudo pois parece-nos que a fadiga por compaixão tem um impacto importante nos profissionais de saúde e no bem-estar dos doentes e das organizações de saúde.

- Figley, Charles R. Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Routledge, 1995;
- Florio, Christine. Burnout & Compassion Fatigue: A guide for Mental Health Professionals and Care Givers. Lexington, KY, USA: CreateSpace, 2010;
- Stamm, B. H., Larsen, D., & Davis, K. (2004). Measuring the Effect of Telehealth on Professional Quality of Life. American Telemedicine Association. Tampa, FL. Telemedicine Journal and e-Health. May 2004, 10(supplement 1): 79-91;
- Stamm, Beth Hudnall. The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL.org, 2010.

APÊNDICE C

ProQOL5 – Professional Quality of Life 5:

- ***Versão Original (Stamm, 2009)©***
- ***Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011)©***

PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL)

COMPASSION SATISFACTION AND COMPASSION FATIGUE

(PROQOL) VERSION 5 (2009)

When you [help] people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you [help] can affect you in positive and negative ways. Below are some questions about your experiences, both positive and negative, as a [helper]. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the last 30 days.

	1=Never	2=Rarely	3=Sometimes	4=Often	5=Very Often
_____ 1.					
_____ 2.					
_____ 3.					
_____ 4.					
_____ 5.					
_____ 6.					
_____ 7.					
_____ 8.					
_____ 9.					
_____ 10.					
_____ 11.					
_____ 12.					
_____ 13.					
_____ 14.					
_____ 15.					
_____ 16.					
_____ 17.					
_____ 18.					
_____ 19.					
_____ 20.					
_____ 21.					
_____ 22.					
_____ 23.					
_____ 24.					
_____ 25.					
_____ 26.					
_____ 27.					
_____ 28.					
_____ 29.					
_____ 30.					

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (PROQOL 5; Stamm, 2009) ©

SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO E FADIGA POR COMPAIXÃO - Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011) ©

Quando *[ajuda]* pessoas, fica em contacto directo com as suas vidas. Como pode já ter descoberto, a sua compaixão por aqueles que *[ajuda]* pode afectá-lo(a) de forma positiva ou negativa. Em seguida encontra algumas questões acerca das suas experiências, positivas e negativas, como *[ajudante]*. Considere cada questão de forma pessoal e relacione-a com o seu contexto de trabalho. Seleccione o número que realmente reflecte a frequência com que experienciou cada um destes aspectos **nos últimos 30 dias**.

1=Nunca	2=Raramente	3=Por Vezes	4=Freqüentemente	5=Muito Freqüentemente
---------	-------------	-------------	------------------	------------------------

1.	Sinto-me feliz.	
2.	Estou preocupado(a) com mais de uma pessoa que eu <i>[ajudo]</i> .	
3.	Sinto satisfação por poder <i>[ajudar]</i> as pessoas.	
4.	Sinto-me ligado(a) aos outros.	
5.	Assusto-me ou fico surpreendido(a) com sons inesperados.	
6.	Sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que <i>[ajudo]</i> .	
7.	Sinto que é difícil separar a minha vida pessoal da minha vida como <i>[ajudante]</i> .	
8.	Não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque perco o sono revivendo as experiências traumáticas de uma pessoa que eu <i>[ajudo]</i> .	
9.	Penso que posso ter sido afectado(a) pelo stress traumático daqueles que eu <i>[ajudo]</i> .	
10.	Sinto-me encurralado(a) pelo meu trabalho como <i>[ajudante]</i> .	
11.	Por causa da minha <i>[ajuda]</i> , já me senti "no limite" em relação a várias coisas.	
12.	Gosto do meu trabalho de <i>[ajudante]</i> .	
13.	Sinto-me deprimido(a) por causa das experiências traumáticas das pessoas que eu <i>[ajudo]</i> .	
14.	Sinto-me como se estivesse a viver o trauma de alguém que tenha <i>[ajudado]</i> .	
15.	Tenho crenças que me suportam.	
16.	Estou satisfeito(a) com a forma como sou capaz de manter o uso das técnicas e protocolos de <i>[ajuda]</i> .	
17.	Sou a pessoa que sempre quis ser.	
18.	O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).	
19.	Sinto-me exausto(a) por causa do meu trabalho como <i>[ajudante]</i> .	
20.	Tenho pensamentos e sentimentos felizes acerca daqueles que <i>[ajudo]</i> e de como os poderia ajudar.	
21.	Sinto-me esgotado(a) porque a minha carga de trabalho parece nunca acabar.	
22.	Acredito que posso fazer a diferença através do meu trabalho.	
23.	Evito certas actividades ou situações porque me fazem lembrar experiências assustadoras vividas pelas pessoas que eu <i>[ajudo]</i> .	
24.	Orgulho-me daquilo que posso fazer para <i>[ajudar]</i> .	
25.	Como resultado da minha <i>[ajuda]</i> , tenho pensamentos invasivos e assustadores.	
26.	Sinto-me limitado(a) pelo sistema.	
27.	Tenho pensamentos de que sou um "sucesso" como <i>[ajudante]</i> .	
28.	Não consigo recordar-me de partes importantes do meu trabalho com pessoas traumatizadas.	
29.	Sou uma pessoa muito atenciosa.	
30.	Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	

APÊNDICE D

Pedido tipo de autorização para recolha de dados



Exmo (a)

Unidade

No âmbito dos estudos do curso de Mestrado em Cuidados Paliativos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa-Porto, os investigadores Enfermeiro Pedro Carvalho e seu orientador, Professor Doutor Luís Sá, pretendem realizar um estudo sobre a fadiga por compaixão nos profissionais de saúde dos cuidados paliativos em Portugal.

A fadiga por compaixão é uma resposta comportamental e emocional natural que resulta de ajudar ou desejar ajudar alguém traumatizado ou em sofrimento e que poderá ter consequências negativas quer ao nível das instituições (absentismo e *turnover*), quer ao nível do desempenho profissional, pessoal, familiar, social e até financeiro.

Interessados na melhoria da qualidade dos cuidados e da satisfação profissional, pretendemos adaptar e validar para o contexto nacional um instrumento de medida usado internacionalmente, o Professional Quality of Life Scale 5 – ProQOL5 (Stamm, 2009)[®], permitindo assim a monitorização com vista à melhor gestão deste fenómeno.

Solicitamos, assim, autorização para a realização da recolha de informação junto dos profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes operacionais e fisioterapeutas) da **Unidade de** _____.
A participação é voluntária. Os dados recolhidos serão utilizados apenas nesta pesquisa e na divulgação científica da versão portuguesa do ProQOL 5. Está garantido o sigilo de todas as informações e dados recolhidos, bem como o direito dos participantes em autorizar ou não autorizar em qualquer momento deste estudo a utilização dos seus dados, sem que isso lhe traga algum prejuízo.

Aqueles que aceitarem participar, farão o preenchimento de um questionário anónimo, distribuído em envelope, fechado após o preenchimento, constituído por três partes: questões sociodemográficas; versão portuguesa da ProQOL 5 e o questionário de saúde geral (Anexo I). Os dados recolhidos serão utilizados apenas com fins académicos e científicos. Os resultados serão comunicados à Direcção da vossa instituição.

Esperamos que o estudo desta temática seja bem recebido da vossa parte, assim como uma resposta a este pedido, tão breve quanto for possível.

Atenciosamente,

Pedro Carvalho

Esclarecimentos / Envio de Resposta

Enfermeiro Pedro Rodrigues Cortês Carvalho,
Rua Nossa Senhora da Guia, nº3, Casal da Misarela, 3030-136 Coimbra
Contactos: 967933355 ; E-mail: corta@portugalmail.pt / corta@mail.pt

APÊNDICE E

Autorizações para recolha de dados:

- ***Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP do Hospital Reynaldo dos Santos***
- ***Equipa de CP do Hospital do Litoral Alentejano***
- ***Unidade de CP de São Bento Menni, Casa Saúde Idanha, Irmãs Hospitaleiras***
- ***Unidade de CP da Santa Casa da Misericórdia de Azeitão***
- ***Serviço de CP do Hospital do Fundão – C.H.C.B.***
- ***Unidade de CP do Hospital São João***
- ***Unidade de Assistência Domiciliária do I.P.O.F.G. - Lisboa***
- ***Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em CP do C.H.L.C. - Hospital São José***

Data: 23/05/2011 [17:12:36]
De: Vera Guimarães <Vera.Guimaraes@hvfira.min-saude.pt>
Para: "corta@portugalmail.pt" <corta@portugalmail.pt>
Assunto: RE: Participação no estudo sobre fadiga por compaixão nos prof de cp

Boa tarde,

A equipa é constituída por 1 assistente social, 2 médicas, 1 psicóloga e 1 enfermeira.

Pode enviar como quiser os questionários que estou disposta a recepcionar em nome da equipae a enviá-los de volta.

Se quiser visitar-nos, pode seleccionar uma quinta feira que é quando é realizada a consulta externa no Hospital de dia, se bem que em Junho uma médica estará de férias assim como eu. Mas pode-se combinar Julho?

Cumprimentos,

Vera Guimaraes

De: corta@portugalmail.pt [mailto:corta@portugalmail.pt]

Enviada: segunda-feira, 23 de Maio de 2011 16:48

Para: Vera Guimarães

Assunto: Re: Participação no estudo sobre fadiga por compaixão nos prof de cp

Boa Tarde Dra Vera,

São ótimas notícias que me dá.

Diga-me por favor quantos profissionais trabalham na unidade de cuidados paliativos para assim poder preparar em número os questionários.

Esta semana tenho o meu horário apertado A Dra Vera estaria disponível para receber os questionários, que depois passaria pela vossa unidade logo que pudesse para contactar convosco e agradecer-vos?

Obrigado,

Pedro Carvalho

Citando Vera Guimarães <Vera.Guimaraes@hvfira.min-saude.pt>:

- > Por mim tudo ok e penso que restantes membros também. Como nos foi
- > entregue pelo Conselho de Administração penso que se poderá avançar.
- > A Comissão de Ética cessou funções por mudança de
- > Administração.
- > Penso que podemos avançar então?
- > Cumprimentos,
- > Vera Guimaraes

Exmo. Senhor
Enf. Pedro Carvalho
Rua Nossa Senhora da Guia, nº3
Casal da Misarela
3030-136 COIMBRA

Ofício

SUA REFERÊNCIA

DATA

NOSSA REFERÊNCIA

DE

SANTIAGO DO CACÉM

24.05.2011

PROC
N.º

OFÍCIO N.º 423-ED

ASSUNTO: Pedido para realização de colheita de dados.

No seguimento do pedido efectuado por V. Exa., serve o presente para informar que o Hospital do Litoral Alentejano, EPE se encontra perfeitamente disponível para colaborar com o estudo de V.Ex^a e atender ao pedido do Sr. Enfermeiro Pedro Carvalho, Mestrando em Cuidados Paliativos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa-Porto, na colheita de dados para o estudo académico que está a efectuar.

Assim para qualquer assunto relacionado com o estudo informamos que o poderá fazer através do telefone geral do Hospital ou para a Unidade de Cuidados Paliativos, cuja Responsável de Serviço é a Dr^a Margarida Carvalho:

Geral – 269 818100

Unidade de Cuidados Paliativos– Extensão 2020

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeiro Director



Inácio Neves



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE DA IDANHA

Idanha, 2011.05.25

Assunto: Estudo Investigação

Exmo. Sr. Enfº Pedro Carvalho

Na qualidade de Director Clínico da CSI nada tenho a opor à realização do seu estudo cujo inquérito pretende passar a profissionais da nossa Unidade de Cuidados Paliativos.

Sugiro que contacte directamente os responsáveis clínico e de enfermagem da unidade para formalizar o seu pedido.

Gostaríamos que no final do Estudo nos faculte as conclusões do mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

O DIRECTOR CLINICO

(Pedro Varandas)

Data: 08/06/2011 [10:55:54]
De: Santa Casa da Misericórdia de Azeitão <scmazeitao@sapo.pt>
Para: corta@portugalmail.pt
Cc: MARIA DO CARMO REGO CAVALCANTI <carminhacavalcanti@iol.pt>
Assunto: Re: Envio de Questionário

Bom dia Sr. Enf.º Pedro Carvalho

O questionário enviado já foi preenchido por um membro da nossa equipa Paliativa e está autorizado a aplicar este questionário a outros profissionais da nossa equipa desde que eles assim manifestem essa disponibilidade.

Para o efeito pode usar este endereço de e-mail. Eu própria me encarregarei de distribuir, recolher e tornar a enviá-los. A nossa equipa é constituída por enfermeiros, médicos, técnico do serviço social, padre e ajudantes familiares. Relativamente ao contacto do Sr. Dr. Jorge Carvalho é o seguinte: jorgemariadecarvalho@integralfcare.pt.

Certa de ter respondido a todas as questões, envio os melhores cumprimentos

Rute Vieitos

Secretária

Santa Casa da Misericórdia de Azeitão

Telefone 21 219 89 00

Telemóvel 96 367 2016

Fax 21 219 89 01

----- Original Message -----

From: corta@portugalmail.pt

To: [Santa Casa da Misericórdia de Azeitão](#)

Sent: Friday, June 03, 2011 11:26 AM

Subject: Re: Envio de Questionário

Cara Rute,

Desde já agradeço a resposta.

O questionário que enviei era uma réplica que servia para possível apreciação pelos órgãos de gestão e clínicos se assim fosse necessário para dar o parecer sobre a autorização de recolha de dados.

Gostaria de saber se tenho autorização para aplicar este questionário junto dos profissionais da vossa equipa de cuidados paliativos.

Se me pudesse facultar os contactos da unidade e o e-mail do Dr. Jorge Carvalho, que eu não consigo encontrar, nem na página da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, nem na página da Santa Casa.

Obrigado,
Pedro

16/06/11
[Signature]

Parecer:	Despacho: <i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i>
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº59/2011 - "A fadiga por compaixão nos profissionais de saúde dos cuidados paliativos em Portugal"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º 54/2011
DE: Núcleo de Investigação	Data 16/06/2011
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Pedro Carvalho, aluno do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a realização de um estudo subordinado ao "A fadiga por compaixão nos profissionais de saúde dos cuidados paliativos em Portugal", a realizar no Hospital do Fundão - Serviço de Cuidados Paliativos deste Centro Hospitalar.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009:" A Comissão de Ética decidiu ainda: ---</p> <p>Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade;..."</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>[Signature]</i></p> <p>P'lo Núcleo de Investigação</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>(D.ª Rosa Saraiva)</p> <p>Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	

Assunto: Re: Pedido de Autorização para Estudo sobre fadiga por compaixão

Data: 06/07/2011 14:07:14 WET

De: u163558@hsjoao.min-saude.pt

Para: corta@portugalmail.pt

Citando corta@portugalmail.pt:

Bom dia

Queria comunicar-lhe, que foi autorizado pelo Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar S. João, o seu pedido para realização do estudo sobre a fadiga por compaixão e recolha de dados aos profissionais do nosso Serviço.

Sempre ao dispor

Enfª Gabriela Couto

[Esconder Texto Citado]

Bom dia Dra. Edna

Escrevo-lhe enquanto coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital de S. João, no sentido de pedir a colaboração para realização de recolha de dados aos profissionais desta unidade para estudo sobre fadiga por compaixão.

Enviei pedido de autorização dirigido ao Conselho de Administração em meados do mês de Maio, mas infelizmente ainda não obtive qualquer resposta.

O estudo diz respeito apenas e só a profissionais, tal qual lhe referi quando visitei a sua unidade à uns meses acompanhado do Dr. Rui Vieira que aí realizava estágio.

Seguem em anexo o pedido formal de autorização, assim como o questionário propriamente dito (folha de rosto e corpo) para apreciação.

Obrigado,

Enf. Pedro Carvalho

Mestrado em Cuidados Paliativos

Universidade Católica Portuguesa-Porto

**Parecer da Comissão de Ética sobre o Projecto de Investigação intitulado
“ Estudo sobre a fadiga por compaixão nos profissionais de saúde dos
cuidados paliativos em Portugal “ – GIC / 710.**

O estudo em apreciação pretende perceber a dimensão do fenómeno fadiga por compaixão nos profissionais de saúde das equipas de cuidados paliativos em Portugal, no sentido de se poderem definir estratégias para o controlar e implementar acções para minimizar o seu impacto ao nível pessoal, profissional, institucional e social.

Trata-se dum estudo de grande pertinência e actualidade que se apresenta muito bem explicitado e no IPOLFG – E.P.E. incidirá sobre os profissionais de saúde da Equipa de Suporte Intra – Hospitalar em Cuidados Paliativos e da Unidade de Assistência Domiciliária, cuja Directora tem conhecimento e deu parecer favorável para a sua realização.

Para a recolha de dados prevê a utilização dum instrumento constituído por um questionário sócio-demográfico para a caracterização da amostra, a Escala de Qualidade de Vida Profissional – PROQOL 5 – versão traduzida e adaptada - e um Questionário de Saúde Geral.

Encontram-se salvaguardados os aspectos do carácter voluntário da participação, do sigilo da informação recolhida e da sua utilização apenas para fins académicos e científicos.

Perante o anteriormente mencionado, o parecer desta Comissão é favorável à realização do presente estudo.

Lisboa, 18 de Julho de 2011

P'la Comissão de Ética

Maria Manuel Pinto

Maria Manuel Pinto



COMISSÃO DE ÉTICA



**INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL
E.P.E.**

PARECER DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO:

“Estudo sobre a fadiga por compaixão nos profissionais de saúde dos cuidados paliativos em Portugal” – GIC/710

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL:

Enfermeiro Pedro Carvalho

RESPONSÁVEL NO IPOLFG-EPE

Dr.ª Madalena Feio

SERVIÇO:

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e Unidade de Assistência Domiciliária do IPOL FG EPE.

PARECER DO CONSELHO DE INVESTIGAÇÃO

O projecto aborda questões pertinentes no tratamento e seguimento dos doentes oncológicos e enquadra-se nos objectivos e metodologias defendidas para a investigação no IPOLFG-EPE

Professora Doutora Paula Chaves
Directora do Centro de Investigação
Lisboa, 14-06-2011

*Autoriza-se
que se
2011/08/08*
Soares
Enfermeira Directora
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE do CHLCENTRAL

Parecer

14-07-2011 - 2/8/2011
(Processo n.º 75-2011)

Assunto: *Re* Apreciação do estudo de investigação "Fadiga por compaixão nos profissionais de saúde dos cuidados paliativos em Portugal", a ser realizado na Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos do CHLC.

Relator: Dr.^a Nélia Rebelo da Silva (na qualidade de Perita da Comissão de Ética para a Saúde do CHLC para a Área de Psicologia Clínica).

Investigador Principal: Enf.º Pedro Carvalho (aluno do Mestrado em Cuidados Paliativos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto).

Orientador: Professor Doutor Luís Sá

Descrição: A solicitação dirigida ao Conselho de Administração contém uma carta do investigador com descrição, sumária, do enquadramento institucional, dos objectivos do estudo e da amostra pretendida. Este documento é acompanhado por uma versão do protocolo de colheita de dados que consiste num texto explicativo e três questionários.

O estudo tem como objectivo central, adaptar e validar para o contexto nacional uma escala de Qualidade de Vida Profissional (Professional Quality of Life Scale 5 - ProQOL5, Stamm, 2009)®.

A amostra pretendida é constituída pelos diferentes profissionais que integram a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos do CHLC.

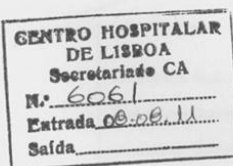
Aos profissionais será fornecido um envelope onde devem colocar, depois de preenchidos os seguintes instrumentos:

Parte I - questionário sócio-demográfico; **Parte II** - Escala de Qualidade de Vida Profissional (Professional Quality of Life Scale 5 - ProQOL5, Stamm, 2009)®, constituída por 30 itens, avalia três dimensões: fadiga por compaixão, satisfação por compaixão e burnout; **Parte III** - Questionário de Saúde Geral, 28 itens (sem qualquer identificação do autor ou versão).

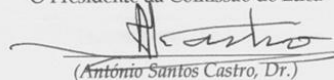
Apreciação: Dada a especificidade do tema e da população/amostra a que se dirige (apenas aos profissionais da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos), a aplicação dos questionários será objecto de análise crítica e fundamentada dos respondentes, pelo que a própria equipa terá todas as condições para ajuizar acerca da pertinência de responder ou não a este conjunto de questionários.

Contudo, identificaram-se sugestões a devolver ao investigador, nomeadamente: 1) O questionário de saúde geral deverá estar identificado, quanto aos autores, datas e respectiva versão; 2) Em toda a Escala ProQOL5, são usados termos como "ajuda", "ajudante", os quais estão algo desajustados face à realidade dos cuidados de saúde prestados pela equipa de cuidados paliativos; pelo que seria oportuno justificar esta opção no texto inicial de apresentação aos respondentes; 3) Envio de credencias institucionais da Faculdade onde o estudo decorre e/ou declaração de compromisso do orientador académico, uma vez que o enquadramento académico não é comprovado por nenhum documento da instituição de ensino.

Conclusão: Após resposta do Investigador, encontram-se corrigidas as falhas identificadas uma vez que: passam a constar do processo as credencias da instituição de ensino, está identificada a versão do questionário GHQ-28 e o autor justifica os termos utilizados na escala de Qualidade de Vida Profissional, pelo que se entende emitir parecer favorável à autorização/realização do estudo, uma vez que se encontra já de acordo com as normas de boa prática clínica.



O Presidente da Comissão de Ética


(António Santos Castro, Dr.)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
ZONA CENTRAL
Comissão de Ética para a Saúde

APÊNDICE F

Instrumento de recolha de dados



MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Fadiga por Compaixão nos Cuidados Paliativos:

Teste à Validação da ProQOL 5 – versão portuguesa (Carvalho & Sá, 2011)[®]

No âmbito dos estudos de Mestrado em Cuidados Paliativos do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa-Porto, os investigadores Pedro Carvalho e Luís Sá, pretendem realizar um estudo com vista à adaptação da escala de avaliação "Professional quality of Life Scale 5 – ProQOL 5" (Stamm, 2009)[®] para o contexto português. Este instrumento avalia, através da auto-resposta a 30 itens, três fenómenos importantes no contexto dos Serviços de Saúde (*Fadiga por compaixão*, *Satisfação por Compaixão* e *Burnout*). O nosso estudo incide sobre a *fadiga por compaixão*, estado de exaustão que é uma resposta comportamental e emocional natural que resulta de ajudar ou desejar ajudar alguém traumatizado ou em sofrimento e que poderá ter consequências negativas ao nível do desempenho e satisfação profissional.

Pretendemos inquirir os profissionais de saúde dos cuidados paliativos que lidam, no decorrer da sua actividade com situações de intenso sofrimento, dor, angústia e morte, e que por isso estão expostos a elementos stressantes emergentes da relação com os doentes.

Neste sentido, solicitamos a sua participação através do preenchimento deste questionário, constituído por três partes: Questões sociodemográficas; a versão portuguesa da ProQOL 5 e o questionário de saúde geral de 28 itens. A sua participação é voluntária. Os dados recolhidos serão utilizados apenas nesta pesquisa e na divulgação científica da versão portuguesa do ProQOL 5. Está garantido o sigilo de todas as informações e dados recolhidos, bem como o seu direito de autorizar ou não autorizar em qualquer momento deste estudo a utilização dos seus dados, sem que isso lhe traga algum prejuízo.

NOTA: Cada questionário será entregue a cada participante num envelope para que nele se reserve o questionário preenchido e que deverá ser entregue a uma pessoa designada ou depositado num local definido, garantindo a confidencialidade da sua resposta.

Não se identifique em parte nenhuma do questionário...

Parte I

1. Idade:

Anos

2. Sexo:

Masculino ☐

Feminino ☐

3. Estado Civil:

4. Profissão:

Médico (a) ☐

Enfermeiro (a) ☐

Fisioterapeuta ☐

Psicólogo (a) ☐

Assistente Social ☐

Assistente Operacional ☐

5. Carga horária laboral semanal:

horas de trabalho.

6. Tempo de actividade total como profissional ...

6.1. ... na área da saúde:

6.2. ... em Cuidados Paliativos:

ano(s) e meses de actividade

ano(s) e meses de actividade

7. No decorrer da sua actividade profissional, quantas horas por semana, na sua percepção, está exposto(a) ao sofrimento ou a material traumático dos doentes de quem cuida?

horas semanais

8. Conhece o fenómeno ...

8.1. ... Fadiga por compaixão?

Sim ☐ Não ☐

8.2. ... Burnout?

Sim ☐ Não ☐

9. O stress resultante da sua relação com os doentes em sofrimento afecta:

Informe o grau de concordância para cada uma das seguintes afirmações marcando com um "x" a resposta que se adequa

- | | Concordo Fortemente | Concordo | Nem Concordo Nem Discordo | Discordo | Discordo Fortemente |
|--|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| a) A qualidade dos cuidados em geral | | | | | |
| b) O seu desempenho profissional | | | | | |
| c) A sua satisfação enquanto profissional | | | | | |
| d) A relação com os seus colegas de trabalho | | | | | |
| e) A sua vida pessoal e familiar | | | | | |

Parte II

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (PROQOL 5; Stamm, 2009) ©

SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO E FADIGA POR COMPAIXÃO - Versão Portuguesa (Carvalho e Sá, 2011) ©

Quando *[ajuda]* pessoas, fica em contacto directo com as suas vidas. Como pode já ter descoberto, a sua compaixão por aqueles que *[ajuda]* pode afectá-lo(a) de forma positiva ou negativa. Em seguida encontra algumas questões acerca das suas experiências, positivas e negativas, como *[ajudante]*. Considere cada questão de forma pessoal e relacione-a com o seu contexto de trabalho. Seleccione o número que realmente reflecte a frequência com que experienciou cada um destes aspectos ***nos últimos 30 dias***.

	1=Nunca	2=Raramente	3=Por Vezes	4=Frequentemente	5=Muito Frequentemente
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

Parte III

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL

POR FAVOR LEIA COM ATENÇÃO:

Gostaríamos de saber se tem tido queixas de saúde, e qual tem sido o seu estado de saúde em geral nas *últimas semanas*.

Por favor responda a **TODAS** as perguntas, assinalando com uma cruz, em cada pergunta a resposta que lhe parece que se aplica melhor a si. Repare que nós queremos tomar conhecimento de queixas recentes e actuais, e não acerca de queixas antigas.

É importante que responda a **TODAS** as questões

NOS ÚLTIMOS TEMPOS

1- Tem-se sentido perfeitamente bem de saúde?	Melhor que o costume	O mesmo que o costume	Pior que o costume	Muito pior que o costume
2- Tem sentido necessidade de um tónico?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
3- Tem-se sentido em baixo de forma e mal disposto?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
4- Tem-se sentido doente?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
5- Tem tido dores de cabeça?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
6- Tem tido uma sensação de aperto na cabeça ou pressão na cabeça?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
7- Tem tido ataques de frio ou de calor?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
8- Tem perdido o sono devido a preocupações?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
9- Depois de adormecer acorda várias vezes?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
10- Tem-se sentido constantemente sob tensão?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
11- Tem-se sentido irritável e de mau humor?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
12- Tem-se sentido assustado ou tem entrado em pânico sem razão?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
13- Tem tido a sensação de que está tudo a cair em cima de si?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual
14- Tem-se sentido permanentemente nervoso e tenso?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais que o habitual	Muito mais que o habitual

15- Tem conseguido manter-se activo e ocupado?	Mais de que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
16- Tem levado mais tempo a fazer as tarefas normais?	Menos tempo	O mesmo tempo que o habitual	Mais tempo que o habitual	Muito mais tempo que o habitual
17- Acha que, de um modo geral, tem trabalhado bem?	Melhor que o costume	O mesmo que o costume	Pior que o costume	Muito pior que o costume
18- Sente-se satisfeito com a maneira como tem cumprido as suas tarefas?	Mais do que o habitual	O mesmo que o habitual	Menos que o habitual	Muito menos que o habitual
19- Tem-se sentido útil no que faz?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos útil do que é costume	Muito menos útil do que é costume
20- Tem-se sentido capaz de tomar decisões?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos do que é costume	Muito menos do que é costume
21- Tem tido prazer nas suas actividades normais do dia a dia?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos do que é costume	Muito menos do que é costume
22- Tem-se considerado uma pessoa sem valor nenhum?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
23- Tem sentido que já não há nada a esperar da vida?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
24- Tem sentido que a vida já não vale a pena?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
25- Já pensou na hipótese de um dia vir a acabar consigo?	Nunca	Acho que não	Já me passou pela cabeça	Sim, sem dúvida
26- Acha que às vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
27- Tem dado consigo a pensar estar morto e longe de tudo?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
28- Acha que a ideia de acabar com a sua vida está sempre a vir-lhe à cabeça?	Nunca	Acho que não	Já me passou pela cabeça	Sim, sem dúvida

Golberg e Hillier (1979), adaptado por Ribeiro e Antunes (2003). General Health Questionnaire - Versão GHQ-28

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO